Eina kartą per mėnesį

1940 m.

XXI METAI

Nr. 10

Spalių mėn.

Nr. 10

L.T.S.R. MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS MOKSLO BEI PRAKTIKOS IR GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

LEIDĖJAI:
Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatas, Kauno Universiteto Medicinos Fakultetas ir Med. Darb. Prof. Sąjungos Gydytojų Sekcija

Redaktorius
Med. d-ras J. Staugaitis.

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 2-15-07.

SKELBIMŲ KAINA:
75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA:
metams 30 litų, pusmečiui 15 litų.

Šio numerio kaina 3 lit.

TURINYS

СОДЕРЖАНИЕ

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XXI met.	1940 m. spalių mėn.	Nr. 10

Gyd. I. Skliutauskas,
(Kaunas).

Gastro-intestinalinės anafilaksijos „epidemija“ ir jos priežastys.

Į kiekvieną epidemiją arba kurios nors ligos masinį pasireiškimą mes galime žiūrėti iš dviejų požiūrių: iš formalaus arba mokykliškai - trafaretinio požiūrio, t. y. nustatyti diagnozę ir paskirti vadovėliuose priimtą gydymą ir tuo būdu „atsikratyti“ kiekvienu tokiu atsitikimu atskirai, arba galime žiūrėti į tokią, sakysime, epidemiją plačiau ir giliau, humoraliniu, biopatologiniu, o kartais net socialiai - visuomeniniu požiūriu. Kitaip sakant, mes stebime ir įsigiliname į šitą platų eksperimentą, kurį ligą sukeliąs pradas — toksinas arba antigenas — išmėgina su žmogumi, arba, teisingiau, su daugeliu žmonių, nes naujausios individualios fiziologijos, paremtos mokslu apie anafilaksiją, imunitetą, kraujo grupes ir t. t., požiūriu pasaulyje nėra dviejų tolygių žmogaus organizmų. Ir net tas pats individas kiekvieną kartą kitaip reaguoja į tą patį ligą sukeliantį pradą, ir tai pareina nuo daugelio priežasčių, iš kurių viena svarbiausioji yra centrinės nervų sistemos stovis.

Tat labai vaizdžiai parodo neseniai praėję masiniai susirgimai kolitu, kuris daugeliu atsitikimų turėjo gana sunkią eigą.

Kurie gi buvo būdingi šito kolito požymiai? Jis prasidėdavo staiga, be aiškios priežasties, smarkiais tenezmais ir labai dažnais potraukiais tuštintis. Išmatos greitai įgydavo gleivėtą ir kraujuotą pobūdį, ir išmatose būdavo gana daug kraujo. Kartais būdavo stebimas trumpalaikis temperatūros pakilimas. Kraujospūdis greitai krisdavo, kartu būdavo stebimas didelis silpnumas ir palinkimas į kolapsą. Be abejo, tat buvo vad. colitis mucosa, kuris sporadiškai kartais pasitaiko kiekvieno gydytojo praktikoje. Tačiau šito colitis mucosa paskutinę vasarą buvo tokis didelis kiekis, jog nenorom ateina į galvą žodis „epidemija“, nors nėra reikalo nurodinėti, kad tat nėra epidemija, nes šitas žodis vartojamas sąlytiniams, t. y. bakteriniams susirgimams pažymėti. Colitis mucosa gi yra vegetacinė

neurozė, viena anafilaksijų rūšis, ir kaip tik būdingiausia, klasiškiausia anafilaksijos rūšis. Tokią pačią eigą turi visi eksperimentinės anafilaksijos atsitikimai, kaip juos yra aprašęs garsus Charles Richet ir daugelis kitų eksperimentatorių: staigi pradžia, smarkus kraujospūdžio kritimas, labai didelis silpnumas, tenezmai, gleivėtos ir kraujuotos išmatos, ir šitas kraujo nutekėjimas pro žarnas kartais gali būti labai didelis.

Kaip gi galima išaiškinti šitas anafilaksinių reakcijų susitelkimas mūsų gyventojų tarpe paskutiniu laiku? Dalykas tas, kad dauguma žmonių, jei ne visi, yra įjautrinti (sensibilizuoti). Mes esame įjautrinti visomis infekcijomis, kurios tenka kiekvieno iš mūsų daliai, pradedant nuo paprastos slogos, gripo arba anginos ir baigiant tuberkulioze ir visokiomis šiltinėmis. Taip pat neabejotina, kad mes esame įjautrinti ir maistu. Įjautrinimas maistu — visiems žinomas faktas. Priminsiu nors ir tai, kad tautos, vartojančios maistui arklieną, labai audringai reaguoja į arklių serumą (pvz., difterijos atveju). Apie anafilaksinius šokus vartojant maistui žemuoges, kiaušinius, pieną, viščiukus, avieną ir t. t. visi žino. Kad daugelis ligų, kaip, pvz., reumatas, vegetacinė neurozė su visais jos porūšiais*) ir daugelis kitų yra ne kas kita, kaip įjautrinto organizmo anafilaksinės reakcijos pasireiškimas — tatai pripažįsta dauguma autorių. Aš pasilieku sau teisę turėti savo nuomonę, kad ulcus ventriculi et duodeni, taip pat daugelis vėžio atsitikimų ir net psichinių susirgimų yra, pagaliau, vietinis anafilaksijos pasireiškimas. Tačiau dabar šitai neliečia mano pranešimo temos. Aš tiktai norėjau pabrėžti tą faktą, kad beveik visi, jeigu nepasakyti tiesiog — visi žmonės, yra įjautrinti individai. Tuo atveju, del ko gi ne visi ir ne visur serga colitis mucosa? Tam turėtina galvoje šitas įrodytas faktas, kad anafilaksinis nuodas yra pirmiausia centrinės nervų sistemos nuodas, antra eile — vegetacinės nervų sistemos nuodas, o visi kiti kliniški pasireiškimai — jau trečia eile. Neveltui visų tiksliausia metodė sužadinti anafilaksinį šoką yra Besredka metodė — minimalių antigeno kiekių išvirkštimas į gyvulio centrinę nervų sistemą. Išjungus gyvulio galvos smegenis, pvz., narkozės pagalba, anafilaksinė reakcija neįvyksta. O jei tat yra daugiausia centrinės nervų sistemos nuodas, tai pastarosios stovis yra labai svarbi sąlyga anafilaksiniam šokui kilti. O mūsų gyventojams susijaudinti praeitą vasarą buvo labai daug progos.

Tiktai taip, anafilaksinės reakcijos del didelių sielos ir nervų sukrėtimų požiūriu reikia suprasti praėję masiniai colitis mucosa, arba, geriau, colitis allergica susirgimai, nes ne glei-

*) Prof. K. v. Neegaard (Ciurichas). „Fortsch. d. Therapie", 1940, 6 nr.

viškumas stovėjo pirmoje vietoje, bet tikri kraujavimai, kaip ir laboratorinės anafilaksijos atvejais.

Stebint šitos rūšies susirgimus, teko sutikti labai įdomių ir sunkių diagnostikos atžvilgiu atsitikimų, nevisiško, dalinio ir nebūdingo skrandžio - žarnų takų pakenkimo atsitikimų.

Būdinga — tat žemutinės colon'o dalies pakenkimas. Todėl apčiuopimas colon descendens kryptimi ir spaudimas į sygmoidea sritį būdavo ypačiai skausmingas. Bet buvę stebima ir netikro apendicito atsitikimų, kai liga prasidėdavo staiga, smarkiais skausmais ileo-cekalinėje srityje, su vėmuliu ir kai kuriuo pilvo sienelės įtempimu, ypačiai iš dešinės; temperatūra nebūtina, šiaip ar taip ji yra nepastovi. Iš karto nustatyti tikra diagnozė būtų sunku; tačiau pasirodžius gleivėtoms arba gleivėtai - kraujuotoms išmatoms su dideliu dujų kiekiu, skausmai ir įtempimas ileo-cekalinėje srityje praeidavo ir nusistatydavo būdingas colitis mucosa vaizdas. Apie tokius netikro apendicito atsitikimus nebūdingo colitis mucosa atveju mini taip pat ir F. de Quervain savo garsiame vadovėlyje*). Operacija šitokiais atvejais, turint galvoje visą anafilaksinį simptomų kompleksą, kraujospūdžio kritimą ir palinkimą į vazomotorų paralyžių ir kolapsą, be galo pavojinga ligonio gyvybei.

Beje, tenka paminėti, kad į morfologinę kraujo analizę, kuri, žinoma, vis vien padarytina, reikia žiūrėti tokiais atvejais cum grano salis, nes anafilaksija taip pat duoda leukocitozę.

Dar labiau supainioti tie atsitikimai, kur patologinis procesas paliečia viršutines skrandžio - žarnų takų dalis, tat, kas ne visiškai vykusiai priimta vadinti gastritis allergica. Spaudimas bei veržimas duobikėje, persiduodąs į viršų, į krūtinės ląstą, kartotiniai šleikštulio priepuoliai, susiję su silpnumo priepuoliu, net kolapsu, su šaltu prakaitavimu, verčia mūsų „išmokslintus" ligonius, o taip pat ir mus, gydytojus, spėti angina pectoris priepuolį. Bet nėra būdingo angor'o, nėra skausmų, nėra iradiacijos į ranką, kaklą ir t. t. Nitroglicerinas tokiais atvejais ne tiktai nepadeda, bet pablogina savijautą. Be to, tat dažniau stebima jaunoms moterims, kurioms angina pectoris mažai tikėtina. Elektrokardiogramos panašiais atvejais, kuriuos aš esu stebėjęs, nieko tikra neduoda. Vienais atvejais elektrokardiogramos buvo visai normalios, kitais — jos buvo normalios iki apkraujant, o apkrovus jos rodydavo kai kuriuos myokardo pakitimus, kurie galima buvo priskirti širdies susirgimui, buvusiam seniai prieš paskutinį skrandžio susirgimą. Be to, neišskiriamas galimumas, kad anafilaksija sa-

---

*) Dr. F. de Quervain: Spezielle chirurgische Diagnostik. VIII Auflage.

vaime gali uždėti atspaudą elektrokardiogramai. Vis delto nukrypimai nuo normos, jei buvo, tai nežymūs ir nebūdingi.

Keletas žodžių apie dietą. Kažkodėl aš esu stebėjęs, kad tokiems ligoniams buvo draudžiamas buljonas ir buvo patariama pieno dieta ir kiaušiniai.

Jeigu laikysimės tos pažiūros, kad mūsų nagrinėjama susirgimų rūšis priklauso anafilaksijos grupei, tai kaip tik grynas pienas ir kiaušiniai, del dažnų jų anafilaksinių savybių, draustini. Buljonas gi beveik neturi baltymų, ir todėl nėra reikalo jis drausti ir tuo būdu dar labiau nusilpninti ligonis, kuriam ir, be to, skiriama labai griežta dieta. Praktika parodė ypatingą įvairių patiekalų iš mėlynių naudą.

G y d y m a s. Kalcis, beladona, luminalis ir simpatolis turi stovėti pirmoje vietoje; taip pat be galo svarbu žodžiais ligonis nuraminti ir paguosti, turint galvoje psichoterapijos pagalba paveikti jo nervų sistemą, prisiminus lotynišką patarlę: Quod medicamenta non sanant, verbum sanat.

Baigdamas, laikau reikalinga nurodyti, kad paleidžiamieji vaistai be abejojimo pasunkina ligos vaizdą.

„Эпидемия“ желудочно-кишечной анафилаксии и ея причины.

За последнее лето наблюдались в Литовской СССР массовые заболевания colitis mucosa в тяжелой форме, с сильным падением кровяного давления, часто сопровождавшимся серьезными кишечными кровотечениями. Картина болезни соответствовала классическим опытам экспериментальной анафилаксии.

Большой интерес и диагностические трудности представляли случаи нетипичных заболеваний, походивших то на аппендицит, то на angina pectoris.

Причина этих массовых анафилактических реакций была душевные и нервные потрясения.

Это положение находит свое подтверждение в том непреложном факте, что анафилактический яд есть прежде всего яд центральной нервной системы. При выключении головного мозга, напр. посредством наркоза, анафилактическая реакция не получается.

Eine „Epidemie“ der Magen-Darmanaphylaxie u. Ihre ursachen.

Kurze Zusammenfassung.

Im letzten Sommer beobachtete man in der Litauschen S. R. Republik Massenerkrankungen von colitis mucosa, schwere Formen, mit starker Herabsetzung des Blutdruckes, oft begleitet von ernsten Darmblutungen. Das Krankheitsbild entsprach ganz den klassischen Versuchen der experimentellen Anaphylaxie.

Grosses Interesse u. diagnostische Schwierigkeiten zeigten Fälle nicht-typischer Erkrankungen, die entweder eine Appendicitis, oder eine angina pectoris vortäuschten.

Ursache dieser anaphylaktischer Massenreaktionen waren seelische Nervenerschütterungen. Diese Annahme findet ihre Bestätigung darin, dass das anaphylaktische Gift vor allem ein Gift des Z. N. S. ist. Nach Ausschaltung des Gehirns, z. B. bei Narkose, erhalten wir keine anaphylaktische Reaktion.

Priv. - doc. med. d-ras J. Meškauskas.

Motoriniai virškinamųjų takų susirgimai.

(Iš Kauno Un-to Vidaus ligų klinikos. Vedėjas prof. Pr. Gudavičius).

Virškinamieji takai yra ypatingai sudėtingas aparatas. Jo uždavinys maistą susmulkinti, chemiškai apdirbti, reikalingas medžiagas iščiulpti, o nereikalingas pašalinti. Jo funkcija yra ankštai susijusi su daugeliu kitų organų, ypač nervų sistemos veikla. Šito aparato tyrimas gana sunkus, ypač motorinės jo funkcijos. Virškinamuosius takus tiriant, daugausia bandymų yra padaryta su gyvuliais, bet ne·visi jų duomenys galima perkelti žmogui, nes žmogaus yra visai kita nervų sistema, kuri virškinamųjų takų funkcijoms turi didelės reikšmės. Nors fiziologų ir klinikininkų virškinamųjų takų funkcijų klausimais yra daug dirbta, bet ir dabar dar yra neribotos darbo perspektyvos. Atskirų virškinamųjų takų dalių skirtumas, jų funkcijų sudėtingumas dar ir dabar klinikoje nevisuomet yra suprantamas. Anksčiau buvo studijuojama tik sekrecinė virškinamųjų takų funkcija. Vėliau, ypač pritaikius rentgeno spindulius virškinamųjų takų tyrimui, pradėta studijuoti ir motorinė jų veikla. Neretai tenka matyti ligonis su grynai vienos ar kitos virškinamųjų takų dalies motoriniu sutrikimu, kuris gali būti ir kitų funkcijų sutrikimo priežastimi. Ir, tur būt, neapsiriksiu pasakęs, kad motoriniai virškinamųjų takų sutrikimai yra dažnesni, arba greičiau ligonis juos pajunta, negu kitų funkcijų sutrikimus.

Prieš nagrinėdamas virškinamųjų takų motorinę funkciją ir jos sutrikimus, leisiu sau trumpai priminti virškinamųjų takų inervaciją.

a) Stemplę inervuoja n. vagus ir n. sympathicus. Tarp išilginio ir žiedinio raumenų sluoksnių yra intramuralinis nervinis rezginys.

b) Skrandį inervuoja parasimpatinė, simpatinė ir automatinė nervų sistemos. Kairysis n. vagus eina stemplės pryšakyje ir inervuoja cupula, corpus ventriculi dalį ir pylorus'o dalį. Dešinysis, einąs stemplės užpakalyje, inervuoja cardia, curvatura minor ir corpus ventriculi dalį. Simpatiniai nervai iš dalies ateina iš gretimų ganglijų, o kiti iš plexus coeliacus. Nervi vagi ir simpatiniai nervai skrandžio sienelėje susipina ir sudaro bendrą tinklą — terminal-reticulum, kuris aprūpina kiekvieną narvelį, raumenis, liaukas, epitelį, kraujagysles, funkciškai juos subendrindamas, koordinuodamas. Tačiau, skrandžio judrumui dirginančio n. vagus ir slopinančio n. sympathicus neužtenka, nes ir juos nupjovus pastebima peristaltika ir sekrecija. Tarp išilginių ir žiedinių skrandžio sienelės raumenų

sluoksnių yra plexus myentericus. Auerbachi ir pogleiviniame sluoksnyje — plexus Meissneri. Pirmojo žinioje yra daugiau motorinė, o antrojo sekrecinė skrandžio funkcija. Šiuodu nerviniai rezginiai yra automatiniai. Stöhr'o manymu, automatinio aparato pareiga esanti analizuoti n. vagus ir n. sympathicus impulsus ir jų antagonizmą jungti į vieną harmoningą veikimą, kuris reikalingas visam sudėtingam skrandžio aparatui. Alvarez 1921 m. radęs curvatura minoris srityje, netoli kardijos gastromotorinį centrą, sudarytą iš specifiško myoneurinio audinio. Savo histologine sudėtimi ir fiziologine funkcija jis esąs analogiškas su sinusiniu mazgu širdyje. Mongold teigia, tokį centrą esant pylorinėje dalyje. Tuo būdu mokslininkai randa ritminę skrandžio funkciją, analogišką su širdies funkcija. Tat specifiškas aparatas, praleidžiąs tik specifiškus ir ritmiškus impulsus, ir susidarą ritmiški, panašiai kaip širdies plakimai, peristaltiški judesiai. Alvarez sako, kad kardija esanti analogiška prieširdžiams, o pylorinė dalis — skilveliams.

c) Dvylikapirštė žarna inervuojama tuo pačiu būdu ir tų pačių nervinių sistemų, kaip ir skrandis.

d) Laibąsias žarnas inervuoja n. vagus, n. sympathicus, plexus Auerbachi ir plexus Meissneri. Čia ypač stipriai yra išsivystęs plexus Auerbachi.

e) Vėdarinių žarnų viršutinį trečdalį inervuoja n. vagus, n. sympathicus ir automatinė nervų sistema, o apatinius du trečdalius — n. pelvicus, nervi errigentes ir automatinė nervų sistema. Šita vėdarinių žarnų kiek skirtinga inervacija yra svarbi fiziologijoje ir jų patologijoje.

Atskiros virškinamųjų takų dalys iš dalies veikia visai savarankiškai, bet taip pat kiekvienos virškinamųjų takų dalies veikimas yra ankštai susijęs su kiekvienos kitos jų dalies veikimu. Kardiją kai kurie autoriai laiko atskira savarankiška virškinamųjų takų dalimi, o kiti ją laiko stemplės dalimi ir savarankiškesnės jai funkcijos nepripažįsta. Kardijos funkcija dar neištirta. Čia yra daug prieštaraujančių duomenų. Kardijos spazmų klausimas taip pat dar neišnagrinėtas.

Skrandis, turįs raumeningas sieneles, yra nuolatos įtemptas. Skrandžio įtempimas ir tam pačiam žmogui nėra visą laiką vienodas. Jis kinta veikiamas ne tik fizinių veiksnių, bet taip pat psichonervinio stovio, psichinių emocijų įtakoje ir t. t. Žmogui pradėjus valgyti, su pirmu kąsniu į skrandį patenka truputis oro ir visas toks turinys, sutikdamas pasipriešinimą, skina sau kelią skrandyje gilyn. Pasipriešinimo rezultate maisto kąsnis dėlai sienelių įtampos yra iš visų pusių apsupamas, ir toji skrandžio savybė apimti maistą vadinasi peristolą. Hipertoniškame skrandyje ji būna ryškiau pasireiškusi, o atoniška-

me jos visai nebūna. Prisipildžius skrandžiui maistu, prasideda peristališki skrandžio judesiai. Viršutinėje skrandžio dalyje, kur maistas yra mechaniškai smulkinamas, skrandžio sienelių judesiai yra ryškiai pastebimi. Peristaltikos bangos prasideda netoli kardijos nedidelių įsitraukimų pavidalu curvatura minor et major srityje, eina pylorinės dalies link kas kartas, vis stiprėdamos ir didėdamos. Pylorinės dalies gale tos bangos atskiria dalį maisto ir, atsidarius sphincter pylori ir išsiplėtus dvylikapirštės žarnos angai, tą maistą išstumia į dvylikapirštę žarną. Skrandžio peristaltika turi ritmišką pobūdį. Ritmiška skrandžio peristaltika prasideda, tuojau pradėjus valgyti, bangos pagal Kienboeck'ą ir Kaufmann'ą kartojasi kas 16—22 sekundės. Kiekviena banga trunka apie pusę minutės. Patologiškais atsitikimais ritmiškumas sutrinka, peristaltikos bangos pasikeičia. Peristaltikos intensyvumas pareina nuo turinio rūšies ir kiekio, pvz., riebus maistas susilpnina, aštrus sustiprina peristaltiką. Psichiniai veiksniai, kaip pasibiaurėjimas, baimė, pyktis, depresija, — veikia motorinę funkciją stabdydami.

Infekcinių ligų metu ir organizmui nusilpus, peristaltika susilpnėja ir evakuacija sulėtėja. Schwartz aiškino peristaltikos sumažėjimą sienelių suplonėjimu, t. y. raumenų sunykimu. Bet Bergmann matęs gyvą peristaltiką ir anatomiškai pakitusiame skrandyje ir kartu su Faulhaber'iu patvirtinę, kad įtampa ir peristaltika nesą būtinai lygiagretūs, nes peristaltika galinti būti ir atoniškame skrandyje.

Vietiniai skrandžio sienelės pakitimai, kaip, pvz., ca, ulcus callosum, ulcus simplex ar net erosiones,—duoda didesnį ar mažesnį vietinį ar bendrinį skrandžio peristaltikos ir judrumo sutrikimą. Esant erozijai ar negiliai opai, paprastu rentgeno prietaisu dažnai peristaltikos ir judrumo sutrikimo negalima pastebėti; tačiau, padarius rentgenokimogramą, motorinės funkcijos sutrikimas gali būti rastas gana žymus, ir nurodąs, kad čia yra nesveika skrandžio sienelė.

Padidėjusi skrandžio sienelių peristaltika gali reikštis šiais pavidalais: 1) bangų dažnumu, kai jos yra dažnesnės negu kas 20 sekundžių, ir bangų susidaro apie 6 per minutę; 2) bangų lokalizacija, kai bangos prasideda anksčiau negu normaliai: 3) bangų gilumu, kurios visuomet yra lygiagretės su skrandžio sienelių hipertrofija; 4) bangų greitumu, kai bangos yra labai greitos ir greit perbėga visą skrandį.

Gyva peristaltika būna pas progresyvius paralyžininkus ir tabetininkus. Esant ulcus duodeni, peristaltika būna gyva, bangos dažnesnės ir skrandžio išsituštinimas greitesnis. Bergmann mano, kad čia susidarąs koks nors nervinis impulsas. Esant ulcus ventriculi, taip pat peristaltika dažnai

būna padidėjusi, bet, nepaisant to, skrandžio išsituštinimas kartais būna sulėtėjęs. Šitas reiškinys mėginamas aiškinti, apskritai, skrandžio judrumo sumažėjimu.

Skrandžio peristaltikoje pastebima ir humoralinė reguliacija. Norpoth bandymais įrodė neurohumoralinę skrandžio judrumo reguliaciją, kylančią iš žarnų, pvz., įleidus į jejunum ol. olivarum, po 10—15 min. nusiramina skrandžio peristaltika, o, įleidus gliukozės skiedinio, slopinantis peristaltiką veikimas pasireiškia daug greičiau. Nemaistingos medžiagos jokio veikimo neparodo. Grynai nerviniu mechanizmu šito veikimo išaiškinti negalima. Šitie bandymai kalba daugiau už neurohumoralinį veikimą. Latentinio laikotarpio skirtumas, kuris gaunamas, įleidus gliukozės ir ol. olivarum, aiškinamas nevienodu rezorbcijos greičiu. Pakitus žarnų sienelėms, sutrikus virškinimui ir rezorbcijai, daugiau ar mažiau sutrinka ir neurohumoralinė skrandžio peristaltikos reguliacija.

Sutrikus inervacijai, gaunami skrandžio spazmai. Klee, nupjovęs simpatinius nervus ir dirgindamas n. vagus, gavo skrandžio spazmus. Klinika tą patį patvirtino, pvz: crises gastrice. Paralyžavus n. vagus, gaunamas ūmus skrandžio paralyžius. Vietiniai procesai, k. a., opa, vėdarinių žarnų dirginimas, gali taip pat sukelti spazmus. Opa gali sukelti vietinius ir žiedinius spazmus. Pasak Bergmann'o, spazmai esą nervų disharmonijos reiškinys. Totalinius gastrospazmus Schlesinger yra stebėjęs cholelitiazės, Waldvogel — nikotinizmo, Schwartz — tetanijos atvejais. Gali būti kartotiniai spazmai, kai dirginimo impulsai eina tam tikrais laikotarpiais, ir nuolatiniai, kai toksai stovis kurios nors priežasties yra palaikomas nuolatos.

Priešingas spazmams reiškinys yra skrandžio atonija. Atoniškas stovis yra tuomet, kai skrandžio sienelės nesudaro peristolės. Rentgenologiškai tiriant, maisto košė krinta iš viršaus žemyn į dugną be pasipriešinimo, ir skrandis pildosi paradoksiškai, t. y. iš apačios aukštyn. Ir atoniškame skrandyje po kurio laiko peristaltika kartais pasireiškia gana gyvai. Todėl skrandžio evakuacinės funkcijos sulėtėjimas nėra būdingas atonijai, bet vis tik, esant atonijai, dažnai maistas užsistovi. Atonija dažniausiai būna lygiagreti su visų kitų griaučių raumenų adinamija. Todėl ją lydi dažnai gastroptozė, kuri dar apsunkina skrandžio evakuacinę funkciją.

Iš panašios rūšies sutrikimų reikia paminėti skrandžio išsiplėtimas, kuris pasitaiko gana retai. Išsiplėtimo priežastimi dažnai būna nusinuodijimas žuvimi, grybais, chloroformu ir t. t. Skrandžio išsiplėtimą gali sukelti raumenų silpnumas, stenosis pylori, pylorospasmus.

Motorinės skrandžio funkcijos atžvilgiu yra įdomi žiedinės skrandžio reakcijos problema, esant ulcus ventriculi. Padarius žiedinę skrandžio rezekciją, jei jo išpjaunama ne perdaug, ir susiuvus abi dalis, stebima veik nesutrikusi peristaltika. Kirschner ir Mongold grafiškai studijavo tokių skrandžių veikimą ir įrodė, kad tarp abiejų skrandžio dalių yra koordinuotas veikimas. Taip pat buvo stebimas duodeninis refleksas. Iš to Bergmann daro išvadą, kad čia yra „Reizleitung“ sistema. Antra vertus, Borchers, tirdamas kates, stebėjo atskiras peristaltines bangas viršutinėje ir apatinėje skrandžio dalyse, ir iš viršutinės dalies peristaltinės bangos per siūlę nepereidavusios. Tuo būdu, lyg ir susidarė skrandžio blokas.

Pylorus savo įnervacija ir funkcijos mechanizmu labai įdomi ir neaiški skrandžio dalis. Dar nėra aišku, kas pylorinės angos atsidarymą ir užsidarymą kontroliuoja ir valdo. Carlson mano, kad pylorus'e esąs n. vagus ir n. sympathicus, kurie turi slopinamųjų ir dirginamųjų skaidulių, įtakoje. Taip pat buvo ieškoma musculus dilatator pylori. Kestner sako, kad tokių raumenų nesą. Raumenys esą visi vienodi, tik jų įtempimas ir įnervacija esą skirtingi. Jei jie negauna impulsų, tai tuomet jie esą atsipalaidavę. Eksperimentiniais tyrimais pylorus atsidaro su kiekviena prisiartinusia peristaltikos banga, bet rentgenologiškai mes to nepastebime. Dažnai einanti banga stumia chymus pylorus'o link, tačiau pylorus neatsidaro, chymus grįžta atgal ir maišosi su mažiau suvirškintu. Kai kas mano, kad pylorinės angos atsidarymą veikiąs koks nors refleksas iš laibųjų žarnų. Kiti mano, kad toks refleksas einąs iš dvylikapirštės žarnos ir, būtent, pylorinė dalis atsidaranti tuomet, kai dvylikapirštė žarna esanti tuščia. Patekus maistui į dvylikapirštę žarną, ji išsiplečianti, o pylorinė anga užsidaranti. Tačiau, vien tuo ritmišku pylorinės angos atsidarymu ir užsidarymu išaiškinti negalima. Hirsch, Pavlov ir kiti pylorinės angos atsidarymą aiškina pakilusiu rūgštingumo refleksu. Cannon yra pasakęs, kad, pakilus rūgštingumui už pylorinės angos, ji yra uždaroma, o šiapus pakilus — atidaroma. Ta pažiūra ypatingai buvo grindžiama achilininkais. Tačiau Egan savo nuosekliais tyrimais įrodė, kad greitas skrandžio išsituštinimas būnąs toli gražu ne visiems achilininkams. Jis, ištyręs 30 achilininkų, rado tik pas 4 pagreitėjusį skrandžio išsituštinimą. Tikresnis dalykas, kad pagreitėjęs skrandžio išsituštinimas būna, esant hyperaciditas, o ne achilininkams, pvz., ulc. ventriculi, ulc. duodeni atvejais. Achilininkams pagreitėjęs skrandžio išsituštinimas būna dažniausiai ne delto, kad jie neturi rūgšties, bet ďel kurių nors pakitimų laibosiose arba vėdarinėse žarnose. Achilininkams be ane-

mijos padidėjusi motorinė skrandžio funkcija dažniau randama negu achilininkams, susijusiems su piktybine anemija. Čia reikia manyti, turi didelės svarbos bendrinės organizmo ir griaučių raumenų stovis. Anemininkų tiek griaučių, tiek ir virškinamųjų takų raumenyse yra daugiau ar mažiau pasireiškusi adinamija. Dėliai to piktybine anemija sergantiems, nepaisant to, kad jie turi achiliją, tokių sutrikimų negaunama, kaip kad paprastiems achilininkams.

Pylorinės angos atsidarymas vien kuriuo nors refleksu negalima išaiškinti. Čia yra sisteminis automatinis skrandžio ritmas, ir kurių nors refleksų veikiamas tik antriniu keliu.

Žarnoms yra ne visvien, koks yra skrandžio išsituštinimas. Egan klausia: jei achilijos atveju yra diarėja, tai ar tik pagreitėjęs skrandžio išsituštinimas nesąs enterogeninės kilmės. Kestner ir mano, kad tokiais atvejais pylorinės angos neužsidarymo priežastis glūdi žarnų susirgimuose. Išsituštinimo pagreitėjimas ar sulėtėjimas gali būti sukeliamas tų pačių patologinių reiškinių, tik skiriančiųsi savo intensyvumu. Pylorinės angos nepakankamumas gali būti šiais atvejais: 1) achilijos, 2) gastroptozės, 3) dvylikapirštės žarnos išsiplėtimo ir 4) spazminio nepakankamumo, pvz., davus acetilcholino, gaunamos totalinės skrandžio kontrakcijos su nusilpnėjusia peristaltika ir, kaip padarinys, pylorinės angos nepakankamumas.

Sekdami alkano žmogaus laibųjų žarnų judesius, matysime nežymią kilpų peristaltiką. Bangos bėga vėdarinių žarnų link, pasiekia ileocekalinę dalį, čia jos susilpnėja ir pereina į vėdarines žarnas arba ir visai pranyksta. Alkano žmogaus vėdarinių žarnų peristaltikoje kurio nors taisyklingumo nėra Už 10—15 min., pradėjus valgyti, prasideda didesnės peristaltikos bangos, žarnų sienelių įtampa padidėja. Peristaltinė banga tęsiasi įvairiai. Tuojau po valgio prasidėjusi žarnų peristaltika, kuri apima tiek laibąsias, tiek ir vėdarines žarnas, po kiek laiko aprimsta ir tokiame intensyvume pasilieka per ilgesnį laiką. Ryškiausia peristaltika būna pasireiškusi ileocekalinėje srityje. Eksperimentais įrodyta, kad įvairiais virškinimo momentais būna įvairi peristaltika. Nevalgius laibųjų žarnų peristaltika nestipri ir dažniausiai nepereina į vėdarines žarnas. Vėdarinės žarnos esti dažniausiai ramybės stovyje. Pavalgius peristaltika žymiai sustiprėja, pereidama per ileocekalinę sritį, banga susilpnėja, bet vis tik persiduoda į vėdarines žarnas, ir po to vėl nurimsta. Šitoji žarnų peristaltika pareina ne nuo vietinio dirginimo, bet yra susijusi su visų virškinamųjų takų veikimu. Vietiniai serozės dirginimai sukelia tik vietinius nežymius laibosiose žarnose susitraukimus. Žarnų peristaltiką reguliuoja plexus Auerbachi. Tas procesas

palaikomas dar hormonų, kuriuos gamina žarnų ir skrandžio sienelės, o, pasak kai kurių autorių, ir blužnis. Jie sužadina plexus Auerbachi veikimą.

Vėdarinių ir laibųjų žarnų veikimas yra skirtingas, bet kartu ir ankštai tarpusavyje susijęs. Jei mes paimsime dirgiklius, kurie sužadina vėdarinių žarnų veikimą, tai jie dažnai neturi įtakos laibosiosioms žarnoms, ir atvirkščiai, tamponavus vėdarines žarnas arba padarius muilo ar šalto vandens klizmas, stipriai sužadinama vėdarinių žarnų peristaltika, o laibosiose žarnose tuo atveju jokios peristaltikos nepastebima. Įleidus gi į laibąsias žarnas HCl rūgšties skiedinio, sužadinama stipri laibųjų žarnų peristaltika, kuri dažniausiai nepersiduoda į vėdarines žarnas. Panašiai veikia natr. sulfuricum 10% skiedinys. Valvula Bauhini yra ne vien grynai mechaniškas susiaurėjimas, kuris sulaiko turinio perėjimą iš laibųjų žarnų į vėdarines, bet yra sudėtingas aparatas, kurio veikimas yra reguliuojams refleksų ir maisto cheminio sąstato.

Ileocekalinė dalis turi ankštą sąsyjį su pylorus'u. T ö n n i s tyrimais tos dvi dalys esančios susijusios refleksiniais sąsyjais. Mechaniškai ar chemiškai ileocekalinę sritį dirginant, atsiranda spaudimas paskrandyje (epigastrium'e), o kartais ir vėmimas. G r e k o v, pasirėmęs dideliais savo klinikiniais stebėjimais, priėjo išvadą, kad pylorus'o spazmai yra lydimi ileocekalinės srities pakitimų. Jis sako, kad abiejų šitų dalių veikla yra sutartina, ir kad, prisipildžius žarnoms, v. Bauhini užsidarymas turįs sukelti pylorinės angos užsidarymą. Klinikininkų seniai buvo pastebėta, kad susirgimai ileocekalinėje srityje dažnai yra lydimi viršutinės virškinamųjų takų dalies susirgimų. Taip pat neretai pylorinės dalies pakitimai sukelia tokius pačius pakitimus ileocekalinėje srityje. Eksperimentais yra įrodyta, kad, pradėjus valgyti, už keletą minučių atsiranda susitraukimai ileum terminale ir v. Bauhini srityse. Manoma, kad pylorinės angos užsidarymas refleksiškai sužadina v. Bauhini užsidarymą. Šitas ankštas sąsyjis tarp pylorus'o ir v. Bauhini klinikininkams yra ypatingai svarbus, ir jis atsiliepia į daugelį anksčiau buvusių neaškių patologiškų procesų, kurie šitas dvi dalis dažniausiai ir paliečia. Žinant tų dalių refleksišką sąsyjį, mums yra visai aiškus vėmimas, esant ūmiam apendicitui, arba pylorospazmai, esant chroniškam apendikso arba ileocekalinės srities pakitimams. Neretai, išoperavus chroniškai pakitusį apendiksą, pranyksta dispepsijos reiškiniai, susitvarko motorinė skrandžio funkcija, pranyksta pylorinės angos spazmai. Yra autorių, kurie ileocekalinę sritį esą linkę laikyti centrine vieta, iš kurios kyla virškinamųjų takų veiklos aktyvumas.

Laibųjų žarnų funkcija yra ankštai susijusi su vėdarinių žarnų funkcija. Matyti, yra ankštas sąsyjis tarp dirgiklių, kurie

veikia tiek vienas, tiek ir antras žarnas. Iš motorines funkcijos sutrikimų vėdarinėse žarnose pažymėtini kolitai su diarėjomis ir obstipacijos. Kaip jau mes žinome, vėdarinių žarnų viršutinio ir apatinių dviejų trečdalio įnervacija yra kiek skirtinga. Todėl ir motoriniai tų dalių sutrikimai kiek skiriasi, t. y. gali būti lokalizuoti tik viršutiniame arba apatiniuose dviejuose trečdaliuose. Pvz., jei bus dirginamas n. pelvicus, įnervuojąs apatinius du vėdarinių žarnų trečdalius ir turįs silpnas anastomozes su plexus Auerbachi, nesužadins peristaltikos, bet padidins tik raumenų įtempimą, dėl ko ir susidarys vietinė obstipacija. Teko sekti vieną ligonę S., kuri skundėsi viduriais keliolika metų. Buvusi pas daugelį vietinių ir užsienių gydytojų, bet nieko nepadėję. Skundžiusis skausmais viduriuose, jų pūtimu, atsirūgimais ir nuolatine obstipacija. Ištyrus skrandį frakciškai, laisvos HCl rūgšties ant tuščios, prieš įvedant ir įvedus dirgiklį, visą laiką buvo O. Tiriant rentgenu, kontrastinis preparatas iš skrandžio pilasi į dvylikapirštę žarną labai greitai, peristaltika gana stipri. Po 24 valandų kontrastinis preparatas jau pasiekė colon ascendens ir dalį colon transversum sritį. Colon ascendens išsiplėtęs, atoniškas, o colon transversum spazmiškas. Po kelių dienų pripildžius vėdarines žarnas retrogradiškai kontrastinėmis masėmis ir padarius nuotrauką, rasta colon ascendens atonija, o colon transversum ir colon descendens spazmiški. Kadangi šitokioje įnervacijoje nesutarimo priežasties negalima buvo surasti, todėl ir gydymu neatsiekta reikiamų padarinių, ir ligonė pasiliko per visą laiką su tais pačiais nusiskundimais.

Obstipacija būna del padidėjusios ir sumažėjusios motorinės vėdarinių žarnų funkcijos. Hipokinetinė obstipacija susidaranti del stokos dirgiklių, sužadinančių plexus Auerbachi, ir, antra, del jautrumo sumažėjimo. Esant pirmos rūšies obstipacijai, galima galvoti, kad čia yra stoka peristaltiką sužadinančių medžiagų, pav., cholino. Jo gali visai nebūti arba būti per maža. P a y r hipokinetinės obstipacijos priežastimi nurodo hipotireozę. Maisto sudėtis taip pat turi reikšmės. Mintąs gerai virškinamu maistu, turinčiu maža celiuliozės ir kitų sunkiai virškinamų ar nesuvirškinamų dalių, visuomet yra linkęs į obstipaciją. Yra ir tokių atsitikimų, kai virškinamieji takai yra labai pajėgūs išnaudoti maistą. Tais atvejais celiuliozė yra daugiau išnaudojama, negu normaliai. Panašiai būna, esant padidėjusiam skrandžio rūgštingumui. S t r a s b u r g e r'io manymu, rūgštis padidina kasos sulčių gamybą, sustiprina virškinimą, suima vandenį iš turinio, kuris del to sausėja, ir viso to padariniu yra obstipacija.

Hiperkinetinė obstipacija būna dažniausiai del organiškų žarnų susirgimų. Tais atvejais dažnai būna spazmai ir antipe-

ristaltika. Hipokinetinė obstipacija būna pasireiškusi visuomet beveik visose vėdarinėse žarnose, o hiperkinetinė galima padalinti į viršutinę ir apatinę.

Diarėjos dažniausiai būna del uždegiminių procesų vėdarinėse žarnose, nors kartais gali būti grynai nervinės ar kurios nors kitos kilmės.

Nėra jokios taisyklės, kuria remiantis, ištyrus sekrecinę skrandžio funkciją, galima būtų pasakyti apie motorinę veiklą. B a y e r, tirdamas sekreciją ir judrumą, rado, kad, esant padidėjusiam rūgštingumui, apie 60% būna padidėjusi ir motorinė skrandžio funkcija, kai tuo tarpu, esant subaciditas ar anaciditas, toks pagreitėjimas pastebimas tik 26%. Čia nagrinėta tik sekrecinė ir motorinė funkcija. Bet mes žinome, kad yra daug pašalinių veiksnių, kurie turi įtakos tiek sekrecinei, tiek ir motorinei virškinamųjų takų veiklai.

Gana įdomus klinikoje yra reiškinys pagreitėjęs skrandžio tuštinimasis, esant dvylikapirštės opai, gastritui ar skrandžio neurozei ir kartu su obstipacija. Šitas, atrodo, paradoksiškas reiškinys, tur būt, galima išaiškinti, esant padidėjusiam rūgštingumui, padidėjusiu maisto išnaudojimu. Be to, J o n a s ir W e s t p h a l'io tyrimais pagreitėjęs skrandžio tuštinimasis refleksiškai sužadina laibųjų žarnų hiperperistaltiką, o žarnų turinys pagreitėjusiu tempu slenka žemyn. Bet dažniausiai apatinėje laibųjų žarnų dalyje pagreitėjęs maisto slinkimas žemyn sustoja. Ir, taip pagreitėjus viršutinės virškinamųjų takų dalies peristaltikai ir maisto slinkimui žemyn, kliniškai vietoje diarėjų dažnai turimos obstipacijos. Klinikininkui dažnai tenka susidurti su sekrecinės ir motorinės skrandžio funkcijos disharmonija, t. y. nekoordinuotu veikimu. Normaliai, abiems funkcijoms veikiant, besibaigiant skrandžio turiniui tuštintis iš skrandžio, silpnėja ir jo sekrecija. Disharmonija gali pasireikšti šiais pavidalais: 1) greitas išsituštinimas ir vėlesnis didelis rūgštingumas, t. y., kai intensyviai sekretuojama, maistui iš skrandžio išėjus; 2) greitas normalus rūgštingumas, bet pailgėjęs išsituštinimas, ir 3) staigus ir aukštas rūgštingumas, bet greitas išsituštinimas.

Visais šitais atvejais tenka reguliuoti motorinė virškinamųjų takų funkcija. Tam tikslui yra keletas vaistų. Iš jų svarbiausi yra cholinas, atropinas, adrenalinas ir papaverinas. M e c h t choliną laiko virškinamųjų takų automatijos hormonu. Virškinamųjų takų veiklą jis sužadina. Pasak H e c h t'o, atskirų virškinamųjų takų dalių judrumo intensyvumas pareinąs nuo cholino kiekio. Atropinas slopina parasimpatinės nervų sistemos funkciją. Tuo būdu, jei del n. vagus dirginimo peristaltika būna padidėjusi, tuomet atropinas ją nuramina; o antra vertus, jei vagus veikimas yra susilpnėjęs, tuomet

atropinas savo veikimu pasireiškia ne tiek į n. vagus, kiek į plexus Auerbachi, ir tuo būdu peristaltika pagyvėja. Tuo paaiškinamas reiškinys, kai atropinas sužadina peristaltiką atonijos, paralyžinės obstipacijos atveju, o spazminio stovio atveju nuramina ir sumažina skausmus, atpalaiduodamas spazmus.

Tuo būdu matome, kad visų virškinamųjų takų veikla ankštai susijusi su motorine funkcija, ir kad vien sekrecinės virškinamųjų takų funkcijos tyrimo tiksliai diagnozei ir terapijai neužtenka. Dažnai, sutvarkius motorinę funkciją, pagerėja ir sekrecinė. Harmoningas virškinamųjų takų veikimas būna tik tuomet, kai tos dvi funkcijos veikia suderintai.

LITERATŪRA.

1. Bergmann: Funktionelle Pathologie. 1936.
2. Bergmann: Handbuch der Inneren Medizin. III Bd. I T.
3. Быков: Нервно гуморальные регуляции в деятельности пищеварительного аппарата человека. I и II.
4. Hansen: Reflektorische und algetische Krankheitszeichen der inneren Organe. 1938.
5. Meškauskas: Skrandžo ir dvylikapirštės žarnos opų ankstyvos diagnozės ir gydymo klausimu. 1937.
6. Regelsberger: „Klin. Wonchenschr.". 1940 1 nr., 1 sąs.

Моторные заболевания пищеварительного тракта.

Заболевания пищеварительного тракта большей частью выражаются расстройствами моторной и секреторной функции.

Врачи и клиницисты очень часто обращают внимание больше на секреторную функцию пищеварительного тракта, чем на моторную. И все же нужно заметить, что моторные расстройства чаще встречаются и больные их больше чувствуют, чем расстройства других функций. Очень жаль, что методы исследования секреторной функции ничего не говорят о моторности желудка и наоборот. Клиническое исследование поэтому должно проводиться для каждой функции в отдельности.

Часто можно найти дисгармонию, т. е. некоординированную деятельность обеих функций. Можно встретить следующие формы дисгармонии: 1) ускоренное опорожнение и позднюю высокую кислотность; 2) раннюю нормальную кислотность и замедленное опорожнение; 3) раннюю высокую кислотность и ускоренное опорожнение.

Довольно часто можно сделать интересное наблюдение, что в верхней части пищеварительного тракта преобладает увеличенная моторность, в нижней же части — замедленная.

Вся функция пищеварительного канала сложна. При оценке всей функции нельзя ограничиться только исследованием секреторной функции.

Autoreferat.

Motorische Erkrankungen des Verdauungskanals.

Die Erkrankungen des Verdauungskanals machen sich meistens durch Störungen der motorischen und sekretorischen Funktion kenntlich.

Ärzte und Klinizisten siehten ihr Augenmerk sehr oft mehr auf die sekretorische Funktion des Verdauungskanals und beachten zu wenig die Bedeutung der motorischen Funktion. Doch ist zu bemerken, dass die motorischen Störungen vielleicht öfter vorkommen und von den Kranken

mehr empfunden werden als Störungen anderer Funktionen. Es ist nur sehr bedauerlich, dass die Untersuchungsmethoden der sekretorischen Funktion nichts über die Motilität aussagen und umgekehrt. Die klinische Untersuchung muss sich daher auf beide Funktionen einzeln erstrecken. Oft kommt man mit der Disharmonie der beiden Funktionen in Berührung, d. h. mit unkoordiniertem Zusammenwirken derselben. Man kann folgenden Formen der Disharmonie beobachten: 1) beschleunigte Entleerung und späte hohe Azidität; 2) frühzeitige normale Azidität und verzögerte Entleerung; 3) frühzeitige hohe Azidität und beschleunigte Entleerung. Ziemlich oft kann man die interressante Beobachtung machen, dass im oberen Abschnitt des Verdauungskanals gesteigerte Motilität, im unteren dagegen verminderte Motilität vorherseht.

Die gesamte Funktion des Verdauungskanals ist kompliziert, sehr wichtig für die Klinik. Bei der Bewertung der gesamten Funktion kann man nicht nur auf die Untersuchung der secretorischen Funktion beschränken.

Gyd. V. Bendoravičius.

Psichinės normos klausimu.

Psichinės normos problema būtų išimtinai teorinės reikšmės klausimas, kuriuo galėtų domėtis tik siauras psichopatologų ratelis, jeigu tos problemos idėja teoriniais ar praktikiniais sumetimais nebūtų keliama ir kitų, iš dalies psichiatrijai gretimų, o iš dalies net ir tolimų, mokslo disciplinų. Pirmiausia normos idėja, normavimo tendencijos iškyla tose medicinos disciplinose, kurios daro platesnius užsimojimus psichinių ligų profilaktikos srityje. Kitu atveju, psichinės normos sąvoka ir kriteris šitos sąvokos turiniui nustatyti reikalingi mums įvairių ekspertizių atsitikimais: ir teismo organai ir daugelis kitų valstybinių institucijų (pavyzdžiui, naujokų sveikatos tikrinimo komisijos, mokyklos) neretai stato gydytojui klausimus tiriamojo žmogaus psichinės normos reikalu. Kartais psichinės normos, psichinės sveikatos klausimas kyla betyrinėjant labai tolimus ir nuo medicinos ir nuo praktiškojo gyvenimo reikalų dalykus, pvz., įvertinant istorines asmenybes. Čia klausimas daugiausia statomas del istorinių asmenybių, kurių veikla ir gyvenimiškos reakcijos atrodė nesuprantamos, keistos jų bendralaikiams ar net ir mūsų laikų žmonėms. Iš čia atsirado istorinių asmenybių patografijos.

Jei anksčiau praktikinėje medicinoje besirūpindavo tik šios dienos klausimais, o klinicistai ir teorinių šakų atstovai rausėsi kazuistinėje medžiagoje, įdėmiai studijuodami atskirų ligų smulkmenas, pasišvęsdami eksperimentiniams darbams, tai šiandien greta ano moksliškojo tyrimo bei stebėjimo darbo ir medicinoje iškilo bendro pobūdžio idėjos. Fizinė ir psichinė degeneracija, eugenika, rasės higiena plačiąja prasme ir psichinė higiena, kaip jos dalis, susilaukė gausios literatūros. Peržvelgę periodinės ir neperiodinės mediciniškos literatūros

skiltis, mes nustebę matome, kiek straipsnių ir knygų pavesta minėtiems klausimams nagrinėti. Matome, kaip vieni, išdėstę statistinius duomenis, kupini pesimistiškos nuotaikos, baimingai žiūri į žmonijos ateitį. Matome kitus, akylai studijuojančius degeneracijos priežastis ir regeneracijos galimumus su optimistišku žvilgsniu į būsimąsias kartas, tačiau visus lydi karštas troškimas surasti būdus pagerinti žmonijos fenotipinę dabarties medžiagą ir ją priartinti prie n o r m o s.

Ir mokslo veikaluose, ir populiarioje mediciniškoje literatūroje apie psichinės higienos praktiškus užsimojimus kalbama apie būtiną reikalą pašalinti kažkokius žmonių minus - variantus, neduodant jiems teisių veistis, ir rūpinamasi, kaip sudaryti sąlygas veistis teigiamųjų psichinių (suprantama, ir fizinių) savumų žmonėms. Ir kada kalbama apie normavimą, tvarkymą, žmonių rasės tobulinimą, kitais žodžiais, kada mes matome pastangas prisiartinti prie kažkokio masto, kuriuo lygiuojant įvertinamas tiek paskiras individas, tiek ir sudarytoji iš tų individų visuomenė, tai, suprantama, visai pamatuotai keliamas klausimas: kurį turinį psichiatrai deda psichinės normos sąvokai? kas toji psichinė norma, kuria matuojant norima žmonijos medžiaga gerinti? Reikėtų manyti, kad, jei kalbama apie psichinį išsigimimą, tai, matyti, jau turimas tikslus šitos sąvokos apibrėžimas.

Jei kai kuriose valstybėse, pavyzdžiui, siūlomi projektai įstatymo keliu įvesti silpnapročių sterilizaciją, tai, matyti, turimas ne tik oligofrenijos simptomų kompleksas, bet ir kažkoks psichinės sveikatos apibrėžimas, už kurio ribų statomi visi silpnapročiai. O juk psichinės sveikatos sąvoka, kaipo reliatyvi, turi būti lyginama su kažkuria „viršūne" — norma. Pagaliau, jei teismo ekspertizėje duodamas kategoriškas atsakymas, kad šis ar kitas asmuo esąs normos ribose ar už jos ribų, tai, vadinasi, normos sąvoka yra aiški ir griežtai apibrėžta. Nes, iš tikrųjų, iš psichiatro taip dažnai reikalaujamas ne dviprasmiškas, ne sąlyginis, bet kategoriškas atsakymas, ar pateiktas ekspertizei žmogus yra psichiškai sveikas, arba kita formule: ar tiriamojo psichika yra normos ribose. Jau pats tokio klausimo pastatymas griežtai suponuoja mintį, jog sąvokos: „psichinė norma", psichinė sveikata", „psichinė liga", „psichinis anormalumas" — yra aiškiai teoriškai apibrėžtos. Juk, kitaip, iš viso net sunku būtų kalbėti apie neigiamus reiškinius, kaip, pavyzdžiui, „psichinė degeneracija", „oligofrenija", „psichopatinė asmenybė", jei mes neturėtume aiškaus šitų sąvokų teigiamųjų antitezių apibrėžimo. Jei kalbama apie nukrypimus, tai turime žinoti, nuo kokio masto yra tie nukrypimai. Deja, taip nėra. Sąvokos „norma", „normatyvus", „psichinė norma" priklauso prie pagrindinių filozofijos klausimų.

Jomis plačiai operuojama, bet kiekvienos šitos sąvokos pateiktoji definicija vargu ar gali patenkinti kritiškai mąstantį skaitytoją, o kartu ir patį autorių. Psichiatrų tarpe irgi negalima rasti vieningumo jų pažiūrose į psichinės normos sąvoką. Daugelis net nelaužo sau galvos šituo klausimu ir sako, jog visiškai beprasmiška esą rūpintis tokiu negyvenimišku klausimu, nes praktikoje susiduriama su ligos simptomais, kurie duoda pakankamą atramą ligai diagnozuoti. Kiti mano, jog stengiantis apibūdinti absoliutinę psichinę normą, nukrypstama į metafizikos sritį. Leningrado psichiatras prof. O s i p o v rašo: „Jau atsižvelgiant vien į tai, jog žmonės yra apdovanoti įvairiomis somatinėmis konstitucijomis, įvairiais temperamentais, įvairiais gabumų laipsniais, įvairiais talentais, visu tikrumu seka, jog absoliutinės, universalinės normos negali būti, jog normos sąvoka tėra reliatyvi sąvoka; jos siekimas ryškėja, kaip veržimasis į metafiziką". Panašiai kalba L a n g e-E i c h b a u m, genijaus problemą spręsdamas: „Laikai, kada dar tikėdavo į absoliutines vertybes, praėjo. Vertybė, — sakysime, mūsų aptariamuoju klausimu — psichinė norma, — visuomet yra santykiavimas tarp objekto ir įvertintojo. Objektas turi rasti vertinančiame subjekte kažkaip teigiamą ar neigiamą atspindį". Tokia mintis reiškia, jog psichinės normos sąvoka, kaipo absoliuti žmogaus psichinės vertybės sąvoka, yra negalima, o kartu, jog tokių sąvokų gali būti tiek, kiek yra ideologinių koncepcijų pas žmones. Kitokios pažiūros laikosi K u r t H i l d e b r a n d t savo turiningoje knygoje „Norm und Entartung des Menschen". Jis sako: „Norma — tai idėja, vaizdas, kuris galima įsivaizduoti, net jutimo organams išoriniame pasaulyje jų nesuvokiant". „Normos vaizdas yra absoliutus". „Iš pavienių netobulų reiškinių gamtininkas susidaro normos tobulą vaizdą. Tobulumas, atsižiūrint į visumą, bet ne matams prieinamas pavienių darbų maksimumas, yra norma... Tuo būdu mokslas apie normą negali apsieiti be įvertinimo. Norma — tai aukščiausioji vertybė savo rūšyje".

Ir taip, mes matome, jog vieni tenkinasi konstatavę ligos patogėnezę ir suradę joms nozologinį vienetą psichiatrijos moksle; kiti visai nepripažįsta normos kaipo idėjos, o pripažįsta tik reliatyvines tyrimo normas; treti, pagaliau, normai skiria aukščiausiąją žmogaus psichinio gyvenimo visumos vertybę.

Mano manymu, kartais nepakanka tenkintis tik praktiškuoju keliu, o naudinga žvilgterėti ir į teoriją. Net ir žinant, jog teorinio nagrinėjimo išdavos bus nepatenkinamos, naudinga susidaryti kad ir orientacinis brėžinys vienoje ar kitoje problemoje. Tai teikia tvirtesnius pagrindus mūsų psichiatrinėms pažiūroms, o kartu ir moralinę paspirtį. Šitam straipsniui atsi-

rasti padėjo ir mintis, jog vieno kito klausimo apsvarstymas turi padėti psichiatrinei profilaktikai rasinės higienos atžvilgiu.

Pirmutinis klausimas tat problemos metodologija, kuria mes galėtume išaiškinti psichinės normos sąvoką ir apibrėžti turinį. Mūsų amžiuje, taip mėgstančiame statistinę metodę, būtų stebėtina, jei neatsirastų pastangų išvesti žmogaus psichinę normą iš vidurkio, t. y., iš vidutinio, dažniausiai sutinkamo, žmogaus tipo.

Dar Galton, eugenikos mokslo kūrėjas, pateikė įdomią, bet kiek abejotinos vertės statistiką. Jis sudarė statistines lenteles. Vienoje lentelėje jis pateikė įstojamųjų į karo mokyklą kandidatų egzaminų laipsnių duomenis. Kiekvieno kandidato laipsnius jis sudėjo į bendrą suma ir aritmetiškai mažėjančiu santykiu sustatė šitas sumas. Prie kiekvienos sumos pažymėjo, kiek kandidatų gavo šitą sumą. Paaiškėjo, jog didžiausią ir mažiausią sumą gavo labai nedidelis žmonių skaičius. Kandidatų skaičiai vis eina didyn, artindamiesi prie vidurinio didumo laipsnių sumos. Antroje lentelėje, kurios sudarymo metodė nenurodyta ir nesuprantama, jis surašė, kiek Anglijos gyventojų vienam milijonui tenka įvairių gabumų žmonių. Jis randa viename milijone 280 idiotų ir ryškių silpnapročių, tiek pat aukštų gabumų žmonių, labai silpnų gabumų 71.692 žmones, tiek pat gerų talentingų žmonių; likusieji gi 838.140 yra vidutinių gabumų žmonės. Šitąja metode einant, šitie „vidutiniai“ žmonės ir esą „normalūs“ žmonės, tai žmogaus psichinės normos atstovai. Sektų, jog jų psichikos savumai turėtų mums tarnauti, kaipo pavyzdžiai, tiriant vieną ar kitą asmenį.

Tiesa, tokia metode besinaudodami, mes galime nustatyti biologinius rūšies savumus. Mes galėsime išvesti matematiškąjį mūsų tautos ūgio vidurkį, procentais suskirstyti lietuvius pagal plaukų, akių rainelės spalvą ir t. t. Tokiu keliu eidami, mes nustatome apytikrį (normatyvų) kiekvienai gyvių rūšiai mastelį. Bet ar galime, tokią metodę vartodami, nustatyti psichinę normą? Ar galime pasakyti, jog normalus žmonių padermės atstovas tai „vidutinis“ žmogus, visi gi kiti tai nukrypimai nuo normos, tai yra plius - arba minus - variantai? Gal būt, negabiems žmonėms toks klausimo išsprendimo būdas ir labai patiktų: juk nebe reikalo yra atsiradusi gausi literatūra, kurioje genijus traktuojamas kaip išsigimėlis.

Manau, su statistine psichinės normos nustatymo metode jokiu būdu negalima sutikti; taip pat negalima sutikti, kad vidutinio žmogaus savumai būtų imami, kaip mastelis, nustatant pateiktojo ekspertizei žmogaus normalumą. Mes lengvai galime įsivaizduoti, jog įvairių ekzogeninių ir endogeninių veiksnių įtakoje žymi žmonijos dalis gali degeneruotis. Šitų degeneruotųjų žmonių psichika gali įvairiais atžvilgiais paki-

tėti: kristi intelektiniai gabumai, atsirasti ryškus emocinis silpnumas, nepakankama valios galia, rudimentarus moralinis jausmas. Ar ir tada žmogaus psichinė norma turės atitikti panašų, t. y. dažniausiai sutinkamą, tipą? Argi žmogaus psichinės normos sąvoka ir turinys turės kaitaliotis amžių eigoje?

Matome, kaip greitai prieinamas absurdas, naudojantis statistikos matematiška metode. Labai klysta tie, kurie mano, jog mes, tyrinėdami silpnaprotį, psichopatą, lyginame jį su šituo iš vidutinių savumų sukonstruotu žmogumi. Tirdami pateiktąjį asmenį, mes labai dažnai darome skirtumą tarp dviejų sąvokų; teorinės psichinės normos, kuri yra reikalinga psichiatrinėje ekspertizėje, kaip idėja, ir praktiškos, t. y. reliatyvinės psichinės normos. Šitos paskutinės turinys sudaromas, atsižvelgiant ne į žmogaus, kaipo bio-siocialinės esybės pagrindinius psichinius savumus, bet į praktiškus tikslus (tinkamumą kariuomenėje tarnauti, užimti kurią nors tarnybą, tinkamumą mokintis normalioje mokykloje ir t. t.) ir į konkrečią gyvenamosios gadynės etninę medžiagą. Todėl anksčiau, pavyzdžiui, ir galima buvo pripažinti tinkamu tarnauti kariuomenėje (vadinasi, rasta „normaliu") toks žmogus, kurį šiandien del kariškos technikos ištobulėjimo mes pripažįstame netinkamu, žymėdami jį lengvų debilikų nozologinėje grupėje.

Antra, jei imsime psichinę normą, kaipo dažniausiai sutinkamą variantą, tai tada visi, kurie yra peržengę šito vidurkio ribas, pakliūtų į nenormalių žmonių kategoriją. Argi gabūs, talentingi, genialūs žmonės būtų nenormalūs vien tik del to, kad jų yra mažuma, kad jie sudaro išimtį bespalviame vidurkyje?

Kitas šitos metodės nepakankamumas — tat visiška atramos punktų stoka, sprendžiant normatyvų mastelį. Koks kriteris? G a l t o n naudojo vien intelektinių gabumų tyrimo duomenis. Ar jo vieno pakanka? Mes turime šimtus ryškiai aberacinių asmenybių — psichopatų, kurie intelekto atžvilgiu įeitų į normalių žmonių, nebūdami tokiais, sąstatą. Intelektas — tat tik žmogaus psichikos dalis. Koks gi kriteris bus, nustatant būdo, potraukių, emocijų, valios pasireiškimų normatyvias kategorijas? Kurios dažniausiai yra sutinkamos? Bet tai yra per maža. Kodėl gi mes jas vien del to turėtume vadinti normatyviomis?

Kiekybinė (statistinio vidurkio) normos sąvoka sutinka kitą užtvarą gnoseologinėje individo ir tipo problemoje. Sakoma, normatyvų pobūdį turi tie žmogaus savumai, kurie atitinka dažniausiai sutinkamą, t. y. tipišką žmogų. Bet labai keista. Kada mes mėginame išsiaiškinti, ką mes turime vadinti tipiškuoju, tipu, tai mes nustebę išvystame, jog tipiškumo sąvokos visiškai neįmanoma apibrėžti be individualumo, t. y. pirma neišaiškinus individo sąvokos. Nes, iš tikrųjų, į tipo

sąvokos turinį įeina daiktai arba individai, kurie savo esminiais požymiais yra panašūs. Išvada gana aiški: prieš nustatydami tipus, tipiškus asmenis, mes turėsime ištirti pavienius asmenis, t. y. kas yra žmoguje individualaus. Nėra išėjimo — turime apibrėžti individualumo sąvoką. Kada mėginame tai daryti, tai vėl nustebę matome, jog daroma vice versa tam, kas yra aukščiau išdėstyta. Individualybė, individualumas mėginama išaiškinti tipo, tipiškumo sąvokomis. Taip, vokiečių filozofas Rickert naudoja tipo sąvoką, kaipo priemonę pažinti individui (nors sąvoką „tipas“ jis vartoja ne kaip vidurkį, bet kaipo pavyzdį — Vorbild).

Statistinę metodę vartodami psichinei normai išsiaiškinti, mes suksimės šitame užburtame rate, čia ieškodami vidutinių, dažniausiai sutinkamų, kitaip tariant, tipiškų žmogaus padermės atstovų psichinių savumų atžvilgiu, čia vėl, kad tipiškąjį suprastume, būsime priversti grįžti į pavienius žmones išaiškinti, kiek jų savumai tinka būti įtrauktais į ieškomąjį bendrą (t. y. jau tipo) pavyzdį.

Pagaliau, mes įsitikiname, jog vienintelė išeitis — ieškoti kitus būdus psichinės normos sąvokai susikurti.

Turime grįžti į logikos sritį, žvilgterėti, kuriuos kelius nurodo ji mums, kai mes norime apspręsti kurio nors objekto sąvoką. Logika sako, jog ar mes imsime daiktus iš negyvosios gamtos, ar kurį nors gyvį, ar net patį žmogų, ar žmogaus fantazijos ar intelekto sukurtąjį veikalą, tai, kiekvieną tyrinėdami, nagrinėdami, mes rasime įvairias žymes, įvairius savumus. Bendroje tiriamojo objekto būsenoje vienas ar kitas savumas turi savo vietą, atlieka tam tikrą uždavinį, ir mes kiekvienam šitų savumų skiriame tam tikrą reikšmę, tik vieniems mažesnę, o kitiems didesnę, kitaip vieni savumai bus esmingi, kiti neesmingi. Sąvoką sudarant reikšmės turi tik esmingieji savumai. Logika moko, jog apsprendžiant kurią nors sąvoką vadovaująs požiūris negali būti atsitiktinis, nes „moksliškąją reikšmę mes galime skirti tik toms sąlygoms, kurios esti priežastingai arba teleologiškai susijusios su reikšmingumu apsprendžiamajam reiškiniui ar objektui, taigi tik priežastys esminių dalių“.

Ir taip, psichinės normos sąvoką sudarydami, mes turėsime išanalizuoti žmogaus psichikos savumus, surasti, kurie jų yra pagrindiniai, ir, pagaliau, nustatyti, kuriam tikslui šitos kategorinės psichinės grupės tarnauja kaipo priemonė. Tuo būdu išauga kokybinė (teleologinė) psichinės normos sąvoka. Šitąja metode pasirėmęs, Hoffmann („Vererbung und Seelenleben“), pavyzdžiui, duoda tokį psichinės normos aptarimą: „Norma šituo atveju matuojama tam tikros padermės tipo kokybe; jis tik tada žymimas, kaipo normalus, kai savo savumų ir bendrųjų gyvybinės reikšmės turinčių siekinių at-

žvilgiu yra tikslingai sukurtas... Tai teleologinė vertinimo sąvoka, kuri grindžiama tuo teoriniu išaiškinimu, jog kiekviena gyvoji būtybė mažiausiai turi tikslą pramisti, išsilaikyti ir veistis". Prof. Osipov psichinės normos sąvokai apibrėžti ima, kaipo pagrindinį žmogaus savumą, sugebėjimą prisitaikyti prie aplinkos, o, kaipo apsprendžiamąją sąlygą, nurodo statomus veikiančios žmogaus būtybės tikslus. Jis rašo: „Normos sąvoka suima į save tam tikrą sugebėjimą prisitaikyti prie aplinkos, kas yra susiję su anatomo - fiziologiniais žmogaus savumais, suima į save taip pat tam tikrą lankstumo laipsnį ir kartu galėjimą ir mokėjimą tikslingai nugalėti realybę, nukreipti ir išnaudoti mokėjimą paremti savo elgesį praeities patyrimais". Žmogus, kaipo bio - psichinė esybė, yra ne tik negyvosios ir gyvosios gamtos, bet ir žmonių kolektyvinėje visumoje. Aišku, jog esmingų žmogaus psichikos požymių mes ieškosime ne tik tuose psichikos savumuose, kurie reikalingi nugalėti gamtiškuosius veiksnius, bet ir tuose, kurie reikalingi susiderinti su kolektyvinėmis gyvenimo formomis ir sąlygomis, ir kad tuo būdu žmogaus gyvenimas kolektyve būtų įmanomas tiek jam pačiam, tiek ir kitiems. Ir gamtos visuma ir socialinis gyvenimas stato įvairius reikalavimus žmogaus psichinių jėgų visumai, ir pavienis žmogus, kokiame kultūrinio išsivystymo laipsnyje bebūtų, kokioje istorinėje gadynėje begyventų, kokiose socialinėse sąlygose besirastų, turi aktyviai reikšti savo individualumą, turi panaudoti savo, kaipo veikiančios asmenybės, visas vitalinės, emocines, kūrybines jėgas, turi panaudoti aktyvumo pradą — valią, kad išlaikytų savo gyvybę, rastų būdus išauginti savo vaikus, įsigyventų į visuomeninę santvarką. Svarbiausioji reikšmė tenka, žinoma, žmogaus intelektui, jo sprendimų kūrybinei galiai. Kiekvienas žmogus tūkstančius kartų turi suprasti susidariusias sąlygas ir šitose naujai susidariusiose sąlygose susiorientuoti, įvertinti jas, atskirti esmingąsias nuo pašalinių, rasti tinkamą išeitį. Antžmogis, genialus protas rastų tinkamą, teisingą sprendimą kiekviename konkrečiame, kad ir painiausiame, sąlygų susibūrime. Šiaip žmogus toli nevisada randa tikrą išeitį, padaro teisingą sprendimą; tačiau, vadovaudamiesi psichinės normos sąvoka, kaipo kokybine žmogaus vertybių sąvoka, kurią įprasmina tik kategorinės gyvybinės sąlygos, mes visai nesame susiję su pavienėmis, tranzitorinėmis, taigi laikinomis, o ne pagrindinėmis sąlygomis. Žmogus gali klysti pavieniu atsitikimu, jis gali suklupti gyvenime daug kartų, bet svarbu, kad jis gyvenime eitų savo keliu, o ne kitų vedamas.

Teleologinė psichinės normos sąvoka apibrėžiama, atsižvelgiant ne tik į intelektualinius žmogaus savumus, bet ir į psichinio gyvenimo visuotines reiškimosi formas. Žmogaus žinių

sankrova, jo sprendimo galia yra esminiai elementai, tyrinėjant psichiką intelekto atžvilgiu, bet juk užpakalyje kiekvienos išreikštos žodžiais minties glūdi kartais nuslėptas afektas, ir mintis gali būti tarta ekspresingai ar bespalviškai; tartame žodžio skambesyje gali būti nujausta valia ar abejingas silpnumas, nes „esminis individualumo požymis — jo nepadalinamumas. Individualaus vienovė — tai įvairiovės sintezė". Rickert). Tačiau tas pats Rickert randa reikalo pabrėžti, jog yra nebūtinas dalykas aprašyti visus žmogaus savumus ir požymius. Analizuodami paskiro asmens psichinį gyvenimą dinamiškoje išraiškoje, ar tik status quo formalinėse išdavose, mes tą analizę galime vesti iki nepabaigiamumo, nes nieko nėra pasaulyje turiningesnio ir spalvingesnio, kaip žmogaus siela. Tokios begalinės analizės nereikia. Svarbu, sako filozofas ir psichiatras Jaspers, ne galutinis išsemiamas asmenybės pažinimas, bet esmingumo joje suvokimas. Visus konkrečios asmenybės psichinio gyvenimo reiškinius mes suskirstome į kategorines grupes ir, kad tų grupių reikšmę išaiškintume, mes įvertiname jas. Mūsų — psichiatrinio tyrimo reikalui — mes galime daug žmogaus psichinio gyvenimo vertybių visiškai neliesti, atmesdami jas, kaip nereikšmingas pastatytam tikslui ir kaipo neatitinkamas psichinės normos sąvokos definicijai. Tat filozofinės, estetinės ir iš dalies moralinės vertybės. Kaip vėliau pamatysime, pagal šitų vertybių įvairų požiūrį galima susidaryti savotiškų psichinės normos sąvokų. Psichopatologo uždavinys yra griežtai apibrėžtas aukščiau minėtąja bio - socialinės vertybės sąlyga.

Dabar kyla klausimas. Juk statistinę metodę vartodami, mes paėmėme vidurkinį žmogų, ir jau mūsų praktiškajam — ekspertizės — tikslui galėjome lyginti priešpastatytąją asmenybę su kažkokia kita, kad ir vaizduojamąja asmenybe, bet apdovanota tam tikrais savumais. Mes lyg turėjome modelį, su kuriuo galėjome lyginti. Atskleidę gi kokybinės (teleologinės) psichinės normos sąvokos turinį, mes lyg turime tik tyrimo formulę, tik nurodytą būdą spręsti, bet neturime konkretaus pavyzdžio. Taip, tačiau, nėra. Ir čia mes negalime apsieiti be vaizduojamos „normalios" asmenybės pavyzdžio. Tik kiekybinėje psichinės normos sąvokoje mes ją ėmėme iš tam tikro tipo, čia gi ji sukuriama tik grynai vaizduotėje — tat idealioji asmenybė. Ji sukuriama pagal tam tikrą vertybių kanoną, pagal modelį, kurio konkrečiame gyvenime gali visai ir nebūti. Nelengva atsakyti, kas turi sudaryti tokios idealios asmenybės turinį, kokius savumus mes būtinai turėsime rasti joje. Viena tik galima kategoriškai pareikšti, jog tokioje idealioje („normalioje") žmogaus asmenybėje neturi būti nieko fantastiško psichinių elementų sudėtyje nei kokybiniu, nei kie-

kybiniu atžvilgiu. Tat ne abstraktus idealas, tat ne stabas, kuriam mes galėtume priskirti savo troškimus, svajones ir pasaulėžiūrą. Jaspers sako, jog tokia idealioji asmenybė sukuriama iš kelių mums pateiktų duomenų, o ne apriorinių priemonių pagalba, ir ji neturės empirinės reikšmės, bet bus tik mastelis, su kuriuo mes lyginsime gyvuosius žmones. Svarbu tik, kad šitoje idealioje asmenybėje mes įžvelgtume esminguosius žmogaus psichikos savumus.

Gali kilti klausimas, ar tokia idealioji (t. y. naudojama kaipo vaizdas, idėja) asmenybė turi reikšti žmogaus padermės tobulumo viršūnę? Ne, jei įsigilinsime, kaip sudaryta kokybinės psichinės normos sąvoka, kaip sukurtas pats vaizduojamasis modelis, tai rasime, jog tai ne tobulumo pavyzdys, bet yra tat idėja, psichinių tobulybių pradmenų idėja.

Kitaip mano Kurt Hildebrandt („Norm und Entartung des Menschen"). Jo mintys įdomios, originalios. Jam psichinė norma (arba, apskritai, „norma", kaip jis rašo) — tai psichinių vertybių viršūnė, optimumas visumos atžvilgiu. Norma ir normos idėja yra tas pats. Normos idėja iškyla mūsų sąmonėje ne empiriniu keliu, t. y. ne sudarant abstraktinę sąvoką iš daugelio pavienių įspūdžių ir vaidinių, bet sukuriant kurio nors daikto absoliutaus tobulumo vaizdą, matant keliuose tos pačios rūšies daiktuose netobulumo savumus. Tam vaizdui realaus pasaulio konkrečiuose rūšies atstovuose pavyzdžio gali visai nebūti. Jokios normalumo zonos jis nepripažįsta. Tat, kas telpa tarp normos ir išsigimimo simptomų komplekso, jis vadina „sveikatos zona". Į žmogaus normos sąvokos turinį įeina, kaip vienas svarbiausių ingredientų, kūrybinės jėgos sąvoka. Kūrybinė jėga atsiskleidžia, atsirandant naujoms rūšims (mutacijoms). Žmoguje kūrybinė jėga reiškiasi naujomis, iki šiol neekzistavusiomis, idėjomis. Kūrybinė jėga jokiais precedentais, jokiu patyrimu negali būti išaiškinta. Ji iškyla visiškai neišaiškinamu būdu tiek fiziniame pasaulyje (mutacijos), tiek psichiniame gyvenime (naujos idėjos, pvz., Newton'o traukos dėsnis). Tat aukščiausio laipsnio vertybė ir, kaipo tokia, ji tarnauja normos idėjai. „Psichika savo geriausioje išraiškoje, kaipo norma, veržiasi į kūrybingumą". Tik žmoguje kūrybinė jėga atsipalaiduoja nuo biologinių reiškinių ir tuo būdu daro jį pasaulio valdovu. Tik kūrybinis žmogus, herojus (kaip graikų mitų prasme buvo Prometiejus, Herkules) gali būti vaizduojamas, kaipo įkūnytoji žemiškoji norma. Griežtai jis atmeta mintį, jog sugebėjimas prisitaikyti yra vienas pagrindinių normalaus gyvio savumų, nes įrodo, jog tuo būdu tektų pripažinti normaliais parazitarinių savumų rūšys (suprantama, ir tipai). Nustatant psichinės normos kanoną, reikia imti dvi pagrindinės grupės: intelektas ir psichinio gy-

venimo visuma, kurios gelmėje glūdi instinktai, jausmai ir valia. Pereidamas į etikos sritį, jis nurodo, jog normalus žmogus neieško būsimųjų laurų už savo darbus, bet pergyvena džiaugsmą pačiame kūrybiniame darbavimosi procese. Abnorminės psichopatinės asmenybės neturi polinkio į darbą ir džiaugsmo pajautimo, išeinančio iš pačio darbavimosi, sutapimo. Jo idėja, jog norma esanti absoliutaus tobulumo viršūnė, tėra tik vaizdas, įeinąs iš dalies į metafizikos sritį (prisiminkime O s i p o v'o posakį), bet ji yra grindžiama ir biologijos, ir psichologijos bei psichiatrijos mokslų vartojamąja metodologija ir tuo būdu įeina į mediciniškųjų problemų svarstymų ratą.

(B. d.).

Gyd. I. Matis.

Modernios pažiūros į chroninio ausų uždegimo gydymą.

(Modifikuota radikali ausies operacija)

Autoriaus straipsnių, įdėtų „Ztschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk.", „Mntschr. f. Ohrenh." ir „Archive of Otolaryng.", santrauka.

Chroninis ausų uždegimas gali būti įvairių komplikacijų priežastimi. Tos komplikacijos reiškiasi įvairumu savo kliniškų formų, kurios dažnai pasunkina nustatyti diagnozę. Tat pareina nuo to, kad liga dažnai reiškiasi ne ausų srityje, bet prasideda kitais bendriniais simptomais. Labai dažnai chroninio ausų uždegimo komplikacijos prasideda vėmimu, ir labai dažnai šitas vėmimas klaidingai siejamas su virškinamųjų organų sutrikimu. Otologams dažnai tekdavo matyti tokių ligonių, kurie buvo gydomi, nenustačius tikros diagnozės. Galvos svaigimas yra antras, dažnai nuo ausų uždegimo pareinąs, simptomas. Ir čia, nustatant diagnozę, dažnai apie ausį visai negalvojama. Svarbiausias ir dažniausias chroninio ausų uždegimo komplikacijų simptomas yra galvos skausmas. Kadangi galvos skausmai pasitaiko gana dažnai ir gali būti sukeliami įvairiausių ligų, tai ir čia neretai daroma diagnostinių klaidų. Pasitaiko, kad chroninio ausų uždegimo komplikacija prasideda paprastai aukšta temperatūra, nesant jokių kitų simptomų. Tokiais atvejais liga galima palaikyti vidurių organų susirgimu (gripu, šiltine ir t. t.).

Apskritai, tarp komplikacijų, pareinančių nuo chroninio ir ūminio ausų uždegimo, yra didelis skirtumas. Paskutiniu atveju ligos eiga yra būdinga. Ausies uždegimas iš pat pradžios stovi dėmesio centre. Komplikacija išsivysto dažniausiai pamažu ir jos pavojaus jau galima iš anksto laukti. Visai

kitaip yra su chroniniu ausies uždegimu. Čia labai dažnai nesveikoji ausis jokių ypatingų simptomų neparodo: ji neskauda, o kartais net ir nepūliuoja. Speninė atauga (processus mastoideus) neįautri ir nepatinusi. Ligonis ir gydytojas visai ir nepagalvoja, kad ausis gali būti komplikacijos priežastimi. Pati komplikacija prasideda staiga, nesant jokios išorinės priežasties, nesant jokio pakitimo iš ausies pusės. Komplikacijos simptomai dažnai yra bendrinio pobūdžio.

Lengviau diagnozė nustatyti, kai yra kelių simptomų kombinacija. Sakysime, vėmimas ir galvos svaigimas, arba aukšta temperatūra ir galvos svaigimas. Bet visų otologinių klinikų patyrimas parodė, kad chroninio otito komplikacijų simptomai dažnai tik tada įgalina tikrą diagnozę nustatyti, kada liga jau yra išsivysčiusi ir ligonio galimumai išgyti jau yra labai sumažėję. Tat pasitaiko tiek šalyse, kur yra geriausių otologiško gydymo sąlygų, tiek ir pas mus Lietuvoje, kur daug ligonių atvyksta gydytis tik tada, kada liga jau yra labai toli pažengusi. Skaičius ligonių, kasmet mirštančių nuo ausų uždegimo komplikacijų, yra gana didelis. Reikia stengtis tas skaičius kaip nors sumažinti. Vienintelis būdas tat atsiekti — tikru laiku padaryti radikali ausies operacija. Šita operacija turi nepaprastos reikšmės otologijos srityje. Statistika rodo, kad šitokios operacijos dėka išgelbima daug žmonių. Ji darytina dažnai ir preventyviai, t. y., dar komplikacijoms nesusidarius, arba net tik galint komplikacijas susidarant įtarti. Tais atvejais, kada ligonis gyvena sąlygose, kur nėra nuolatinės otolaringologų priežiūros, šita operacija irgi indikuotina preventyviais tikslais. Radikalios ausies operacijos tikslas: pašalinti visą patologinį audinį, būtent, cholesteatomą, granuliacijas, polipus, osteitą, o iš ausies išorinės landos bei operuotos speninės ataugos padaryti vieną daubą su plačiu išėjimu. Šita dauba turi savaime epitelizuotis.

Šita naudinga operacija turi keletą blogumų, kurie nepaprastai kliudo ją plačiai pritaikyti, būtent: 1) girdėjimas po operacijos dažnai pablogėja, 2) pooperacinis gydymas dažnai labai užtrunka. Šitiems trūkumams pašalinti moderni otologinė chirurgija kreipia daug dėmesio.

Naujesniais laikais atsirado polinkis keisti radikalios speninės ataugos operacijos techniką. Šitos modifikacijos siekia gauti geresnių padarinių. Ypatingas dėmesys kreipiamas į fiziologinės ausies funkcijos užlaikymą. Daug stengtasi, norint sumažinti operacinį sukrėtimą (Eicken, Howarth), sudaryti geresnių sąlygų žaizdoms gyti (Bockstein, Lempert) ir po operacijos klausai pagerėti, padarius operaciją (Guns, Tumarkin, Hastings). Stengtasi operuoti pro išorinę angą — tai vienas būdų, vartotų šitam tikslui siekti.

Šita metodė, vartota jau XIX šimtmetyje (Kessel, Hoffmann), įgavo didžiausios svarbos po didžiojo karo 1914—1918 m. Thies ją sistemiškai pritaikydavo šimtais atsitikimų. Daug kas ją pritaikydavo, įvairiai pakeitę (Guns, Bourguet, Tumarkin, Howarth, Lempert, Bockstein).

Guns modifikavo operacinę techniką, kreipdamas daug dėmesio į galutinius padarinius. Tik keletas gydytojų, priešingai daugumos nuomonei, pavartojo šitą metodę ir ūminiam mastoiditui operuoti. Didesnis autorių skaičius pažymi patenkinamus atsiekimus, gautus operuojant vidurausinės operacijos būdu ir taip pat gerus funkcinius padarinius. Nepaisant šitų palankių duomenų, vidurausinė metodė specialistų nebuvo tiek pritaikoma ir vartojama. Mano paties tyrimai parodė, kad dauguma specialistų nevartojo šitos metodės, ir daugelis ją net atmetė. Tarp jų yra senesnių ir dabartinių klinikų, kaip Vienos (Neumann), Stokholmo (Holmgren), Paryžiaus (Lemaitre), Berlyno (Brühl), Bordo (Portman) ir daug kitų; taigi, galima sakyti, kad vidurausinės operacijos metodė vartojama tik atskirų specialistų, ja besidominčių ir ja pritaikančių. Aš manau, kad priežastis, del kurios vidurausinė metodė neįsigijo visuotinio įvertinimo, glūdi operacijos įvykdymo technikos sunkumuose. Apskritai, priimta, kad kuo siauresnis operacinis laukas, tuo didesni techniški sunkumai. Apie tai Shambaugh pasakė: „Šitoji operacija, panaši į ossiculectomia su išorės atiko sienelės pašalinimu pro meatus auris externus, turi tuos pačius blogumus: aprėžtas matomumas ir priėjimas, o pati operacija yra pavojinga".

Vartojant specialią techniką, galima žymiai palengvinti ir suprastinti vidurausinė operacija, taip, kad ji daugeliu atžvilgiu niekuo nesiskirs nuo klasiškos transmastoidinės operacijos. Šita metodė atidengia, palyginti, platų operacijos lauką ir leidžia sekti priprastą būdą. Ji remiasi šia pagrindine operacine technika:

1) platus pradinis pjūvis;

2) poantkauliniu būdu plačiai iškeliami išorinės ausies minkštieji audiniai, o del išorinės ausies judrumo ir elastingumo galima pasiekti įvairios speninės ataugos dalys;

3) vartoti patys save laiką retraktoriai — kabliukai;

4) pašalinti speninės ataugos žievinis sluogsnis;

5) vartoti speciali technika, šalinant kaulą;

6) pažangus operacinio lauko praplėtimas trumpiausiu ir daugiausia tiesioginiu keliu, ir

7) turi būti kreipiama daug dėmesio į ausies būgnelį bei į kauliukus.

Apie šitą metodę buvo rašyta ir diskutuojama įvarių autorių, kaip Vojaček, Bayer, Ohnacker, Levin ir kiti.

Operacinė technika.

Reikalingi šitai operacijai įrankiai yra šie:

1) savilaikis kabliukas (retraktorius). Jo dešinioji ir kairioji dalys yra su dviem ašmenimis, kurių viena baigiasi dviem kabliukais; pailga lentelė, viename gale yra apvali, taip, kad, nors ir giliai įleista į išorinę ausies angą, negali sužeisti būgnelio. Antras ašmuo baigiasi trimis kabliukais. Jis išlenktas pagal išorinės ausies formą. Šito įrankio pranašumai yra šie: jis praplečia operacijos lauką, palikdamas operatoriaus rankas laisvas; pasilieka operuojant toje pačioje padėtyje, tinka įvairiems landų dydžiams ir automatiškai sumažina kraujavimą;

2) išlenkti ir tiesūs raspatoriai;

3) kaltai nuo 2 iki 10 mm pločio;

4) kaulų kiuretės, zondai ir kt.

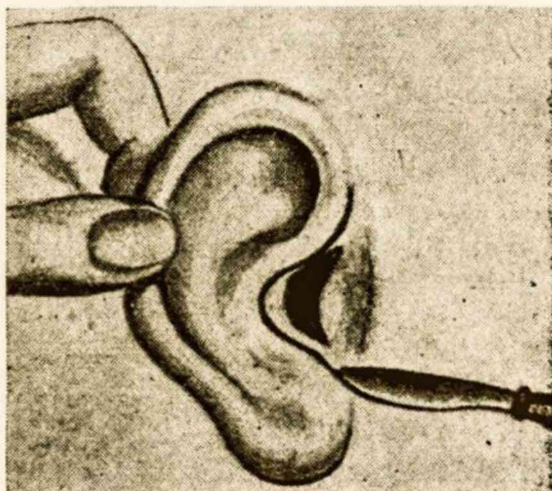
Anestezija.

Daroma vietinė anestezija del jos daugelio pranašumų: ji parūpina būtiną hemostazę, be kurios operacija būtų sunki. Net operuojant bendrinės anestezijos pagalba, reikalingi novokaino ir adrenalino švirkštimai. Padaromi 5 švirkštimai šiose vietose: 1) trys — ausies kniauklės įdubime (in cavo conchae); 2) vienas speninės ataugos viršūnės srityje; 3) o paskutinis — per visą speninę ataugą paviršutinei anestezijai.

Šita anestezija papildoma dar tuo, kad ausis už 20 minučių prieš operuojant pripildoma stipraus kokaino ir adrenalino skiedinio. Paprastai to pakanka, išskyrus, kai timpaninis tuštymas pasilieka šiek t'ek dar jautrus.

Operacija.

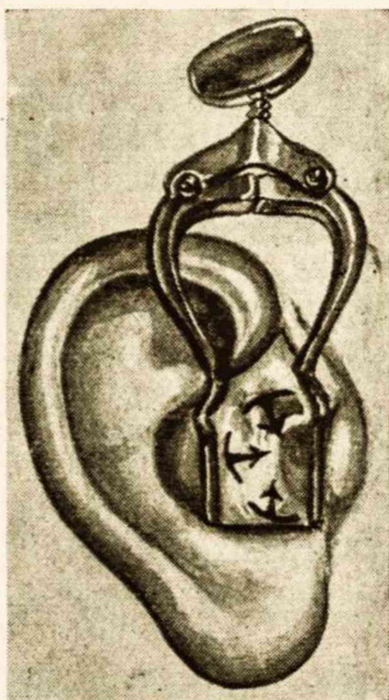
Pradinis pjūvis daromas lanko pavidalo per ausies kniauklės įdubimą (cavum conchae) 2—2,5 cm ilgio (žiūr. 1 atvaizdą). Darant pjūvį, išorinė ausis dažnai ištempiama žemyn ir į šonus, ir tuo būdu ausies kniauklės įdubime (in cavo conchae) susidaro maža raukšlė. Pjūvis daromas per šitą rakšlę. Specialiai išlenktu raspatoriumi poantkauliniu būdu iškeliami minkštieji audiniai. Speninės ataugos paviršius ir užpakalinė bei viršutinė landos sienelės turi būti visai atideng-



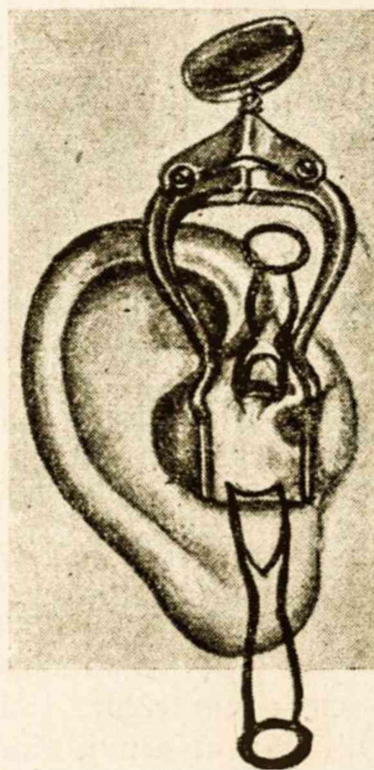
1 piešinys.
Pradinis operacijos pjūvis.

tos. Ypatingai gerai reikia atidengti užpakalyje ir apačioje, viršūnės kryptyje. Dažnai reikia pašalinti išorinės klausomosios angos membraninės užpakalinės sienelės kremzlė. Speninė atauga atidengiama, kad būtų galima susivokti.

Padarius odoje pjūvį, atklojus antkaulį ir atskyrus jį nuo užpakalinio canalis osseus ir speninės ataugos paviršiaus sienelės, iš viršaus įleidžiamas retraktorius suglaustais ašmenimis. Ašmuo su pailga lentele įleidžiamas tarp antkaulio ir canalis osseus užpakalinės sienelės ir turi būti gerai nustumiamas žemyn; retraktorius dabar atidaromas, ir užpakalinė pjūvio briauna sugaunama kabliuoto ašmens pagalba. Ji dabar dar plačiau atidaroma, kol pjūvio užpakalinė briauna kablių ištempiama, ir šita visa lentelių struktūra prispaudžiama prie pryšakinės išorinės klausomosios angos sienelės. Tuo būdu užtikrinamas aiškus operacijos lauko vaizdas.



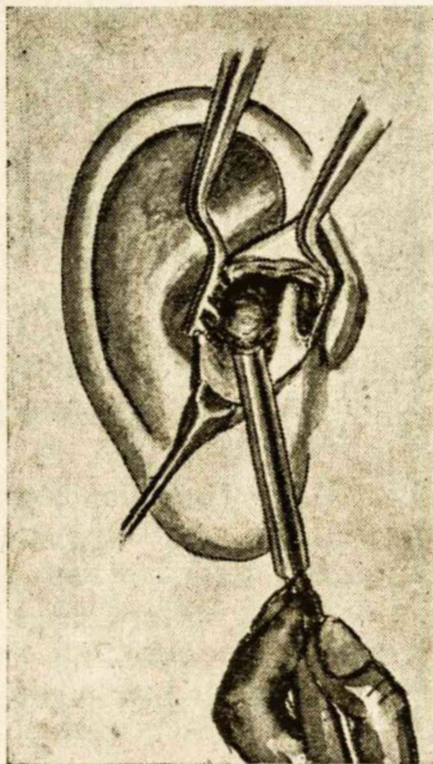
2 piešinys.
Rodyklės rodo kaulo pašalinimo kryptį.



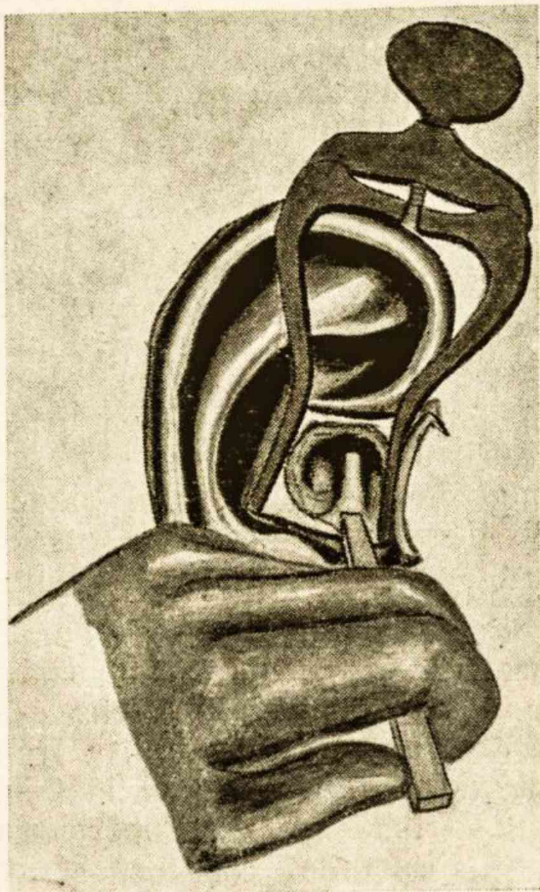
3 piešinys.
Kalto kryptis pradedant operuoti.

Kaulai pašalinami nuo paviršiaus iki antrumo, kiek galima, trumpiausiu keliu. Visų pirmiausia pašalinamas kaulas, esąs už išorinės klausomosios angos: 1 cm kaltas pritaikomas po linea temporalis ir lengvai įkalamas 1 cm gilyn. Tas pats kaltas pritaikomas prie speninės ataugos viršūnės ir nukreipiamas į antrum'ą. Trečią sykį pritaikoma lygiagrečiai išorinei klausomąjai angai apie 0,5 cm už jos (žiūr. 2 atv.). Šita procedūra kartojama keletą sykių tuo pačiu būdu, kiekvieną sykį vis pašalinant žymų kaulo gabalą. Šalinant kaulą, ypatingai

patogu pradėti nuo viršūnės iki antrum'o, nes tuo būdu greitai praplatinamas operacinis laukas (žiūr. 3 atv.). Jeigu pjaunant kalto briauna gerai išlenkta ir instrumentas laikomas nukreiptas žemyn, tai nėra jokio ypatingo pavojaus sužeisti. Tuo būdu, paprastai galima gana greitai atidaryti antrum'as (žiūr. 4 atv.). Be to, pašalinama didelė išorinės klausomosios angos užpakalinės sienelės dalis.



4 piešinys.
Antrum'o atidengimas.



5 piešinys.
Tilto pašalinimas.

Antrum'o tyrimas parodo vidurinės ausies susirgimo laipsnį. Atsižvelgiant į tai, padaromas tolimesnių operacijos veiksmų planas, kurio pagrindinė mintis yra radikaliai pašalinti susirgusį audinį, neliečiant sveikojo. Pirmiausia, turi būti pašalintas visas susirgęs audinys aplink antrum'ą, ir paskui, išvalius speninį tuštymą ir atidarius atiko tuštymą, nulaužiamas tiltas (žiūr. 5 atv.).

Ligi šitos vietos operacija daroma lengvai ir greitai, bet kartu rūpestingai ir tiksliai. Kad kaulo nuotrupos nekristų ir nesužeistų intratimpaninės struktūros ir būgnelio, į antrum'o angą (aditus) įdedamas marlės gabalėlis, kuris dažnai keičiamas. Kaulas šalinamas mažais gabalėliais labai aštraus kalto pagalba. Tiltas pašalinamas aukščiau angos (aditus).

Paskutinis veiksmas įvykdomas techniškai nesunkiai, kadangi operacijos laukas jau yra ištemptas piltuvėlio pavidalu. Norint nesužeisti būgnelio ir kauliukų, reikia pavartoti ypatinga technika. Einant nuo skruostinių ląstelių iki galo ir vartojant mažą kaltuvėlį, sumažinamas tiltas; paskui palaipsniui suploninamos išorinės klausomosios angos vidurinės dalys. Jeigu tiltas ir išorinė atiko sienelė perskirti tik plonu kauleliu, tai pastarasis pašalinamas kaltu taip, kad nesužeistų kauliukų. Žinoma, jeigu klausa bloga ir jei klinišku atžvilgiu yra reikalinga, galima pašalinti taip pat ir kauliukas su būgneliu. Aš bent tat darau tik tokiais atsitikimais, kur tat būtinai yra reikalinga.

Rūpestingai išvalius visas nuotrupas naujai sudarytame tuštyme, nuo išorinės klausomosios angos atpjaunama skiautelė ir pridurìama kiekvienu vidurausiniu atsitikimu pagal operuojamo tuštymo formą ir talpumą. Didesnė užpakalinės landos sienelės minkštoji dalis naudojama kaip skiautelė, kuri tempiama atgal ir laikoma marlės tokioje pačioje padėtyje. Jeigu kaulas ne labai suardytas ir tuštymas yra išvalytas tinkamai, tai labai lengva jis padengti Thiersch'o plastinio lopo pagalba. Į operuotą tuštymą įdedama nedaug marlės. Normaliai po 5—6 dienų keičiamas tvartis pirmą sykį.

Padarius operaciją, gydoma šitaip: į vietas, kur yra pavojaus, kad jos susiaurės, įleidžiamas mažas marlės gabalas. Tat daroma kas antra diena. Jeigu gausiai teka, tai reikia apibarstyti boro rūgštimi. Granuliacijos išdeginamos argentum nitricum arba acidum lacticum pagalba. Pooperacinis gydymas trunka tol, kol išoperuotas tuštymas išdžiūva ir sugyja.

Kliniškieji stebėjimai.

Vidurausinės operacijos metodė mano pritaikyta 141 atsitikimu, bet techniška procedūra buvo keičiama, atsižvelgiant į auganti prityrimą. Operacijos tikslas visada buvo, kiek galima, daugiau suprastinti ir palengvinti jos techniką bei išvengti anksčiau pasitaikusių sunkumų ir blogumų. Pirmą kartą operuota, vartojant Thies-Eicken'o techniką. Užpakalinėje - viršutinėje landos sienelėje išpjauta odos skiautelė trikampio pavidalo, kad jo pagrindas būtų užpakalinėje - viršutinėje būgnelio briaunoje; pats operacinis laukas praplatintas, panaudojus vidurausinį veidrodį; kaulas pašalintas mažo Thies'o kalto pagalba, pradėjus nuo prakiurimo rando. Patyrimas parodė, kad šita metodė yra labai sunki ir dažnai nepritaikoma. Ištyrus daug šituo būdu operuotų atsitikimų, pasirodė, kad Thies-Eicken'o vidurausinės metodės techniškos procedūros sunkumai susidaro del šių priežasčių:

1) Transmeatinės operacijos didžiausias blogumas yra tas, kad ji atliekama viena akimi žiūrint. Todėl šitos operacijos pritaikymas yra labai sudėtingas, nes labai sunkiai nustatomas operacinio lauko gilumas. Nesudarant reljefo, stebint viena akimi, reikalinga iš operatoriaus daug didesnio pajėgumo ir sugebėjimo tai operacijai atlikti. Daug kas vien del to nevartoja šitos metodės.

2) Turint siaurą išorinę klausomąją angą arba giliai gulintį tegmen'ą ir mažą atiko sienelę, sunku operuoti.

3) Kraujavimas labai kliudo operuoti.

4) Dažnai labai sunku pasiekti kai kurios speninės ataugos ląstelės.

5) Pooperacinės stenozės galimumo pavojus.

6) Atsitiktinio sužeidimo pavojus. Vidurausinės operacijos pradžioje reikia ypatingai saugoti dura mater. Kai kuriais atsitikimais, kada operacija buvo atliekama pagal Thies-Stacke'o metodę, aš atidarydavau dura mater jau pradžioje; kadangi naudojau mažą ir aštrų kaltą, tai atsitiktinio sužeidimo pavojus buvo susidaręs gana didelis.

7) Vietinė anestezija žymiai susiaurina išorinę klausomąją angą.

8) Transmeatinė operacija dar tuo nepatogi, kad yra reikalinga asistento pagalba, būtent, jis turi vartoti plaktuką, laikyti veidrodėlį ir t. t.

Apie Thies-Eicken'o ir kitų metodes štai kas galima suglaudus pasakyti:

Operacijos techniškoji pusė reikalinga didelio vikrumo ir sugebėjimo. Labai svarbu parinkti tinkamas objektas. Esant cholesteatomai ir plačiai išorinei klausomajai angai, padariniai dažnai būna geri. Visais atsitikimais, kur buvo susidaręs osteitas arba išaugę polipai ir kur išorinė klausomoji anga ir aticum yra maži, galutiniai padariniai nebūvę geri. Aš mačiau savo ir kitų operuotus atsitikimus ir pastebėjau, kad dažnai tuštymas susiaurėja ir del to darosi nepatogus. Tokiais atsitikimais klausos efektas nesusidarąs geras.

Vidurausinės operacijos modifikacijos, mano jau aprašytos 1933 metais, buvo padarytos, norint suprastinti operacijos procedūrą ir išvengti anksčiau minėtų trūkumų. Tuo reikalu buvo atsisakyta nuo subkortikinio būdo, bet priimta poantkaulinė operacija. Vidurausinio subkortikinio priėjimo rėmėjai (Thies, Lempert, Bockstein) tvirtina, kad, nepalietus speninės ataugos žievinio sluogsnio, užtikrinamas geresnis ir greitesnis gijimas. Tat patvirtina dar faktas, kad speninės ataugos žievinis sluogsnis chroninių ausų susirgimų atsitikimais retai kada yra paliestas. Jis taip pat labai storas ir kietos struktūros. Tačiau, aš manau, kad žaizdos gijimas, padarius speninės atau-

gos operaciją, žymia dalimi pareina nuo antkaulio sluogsnio. Tad aišku iš paprastos naujo kaulo susidarymo eigos. Kad susidarytų naujas kaulas, labai svarbu, kad antkaulis būtų nesužeistas ir gerai maitinamas; ypač, kad kraujagyslės ir jas lydį bei po oda gulį nervai pasiliktų nepaliesti. Tat galima atsiekti tik poantkauline operacija. Antkaulis atklojamas kartu su gulinčiais audiniais geriausiomis fiziologinėmis sąlygomis, t. y., kad jo susisiekimas su viršuje gulinčiais audiniais pasiliktų operacijos veiksmų nepaliestas. Dėka to žaizdos gijimas ir naujo kaulo susidarymas eina greitai ir gerai. Tat liudija pagal poantkaulinės metodės principą operuotų atsitikimų tyrimai. Vartojant poantkaulinės operacijos principą, buvo galima žymia dalimi suprastinti technika, praplatinti operacinis laukas ir išvengti daug sunkumų ir nepatogumų, susidarančių, vartojant kitas transmeatines metodes.

Visada buvo galima atlikti operacija, stebint abiem akimis. Tat buvo svarbiausias poantkaulinio principo pranašumas. Dėka jo operacijos techniškas įvykdymas palengvėjo. Kadangi operacija buvo daroma nuo speninės ataugos paviršiaus antrumo linkui, tai jos sunkiausia ir pavojingiausia dalis buvo, operacinį lauką gana žymiai praplatinus. Poantkaulinė metodė geresnė už požievinę (subkortikinę), nes ji palengvina operacinio lauko stebėjimą ir visų giliai gulinčiųjų ląstelių ir cholesteatomos šakų pašalinimą. Siaura išorinė klausomoji anga arba minkštųjų audinių sutinimas, padarius vietinę anesteziją, niekada nekliudo operuoti. Didelis transkonchinės operacijos pranašumas yra tas, kad priėjimas prie išorinės klausomosios angos yra pakankamai didelis, kad galima būtų stebėti pooperacinis gijimas ir užtikrinti epitelio augimas naujai sudarytame tuštyme.

Vartojant transkonchinę metodę, reikia pažymėti ir kiti stebėjimai: iš 141 atsitikimo, man pasitaikiusio, tik 2 susikomplikavo. Vienam iš jų susidarė tromboflebitas ir baigėsi mirtimi. Šitas atsitikimas susidarė, esant nepaprastoms aplinkybėms (žiūr. žemiau 8 ats.). Antram atsitikimui susidarė perichondritas (žiūr. žemiau 9 ats.).

Visi susikomplikavę ir sunkesni atsitikimai, pvz., minkštųjų audinių sutinimo ir infekcijos, tromboflebito, meningito, subdurinių arba smegeninių pūlynų bei plataus pūliuojančio labirintito atvejais, buvo operuojami pagal klasišką transmastoidinę metodę. Net tik įtarus vieną šitų komplikacijų, jau reikia griebtis transmastoidinės operacijos. Mano praktikoje pasitaikė tik vieną sykį smegeninio pūlyno atveju panaudoti transkonchinė metodė. Šitas atsitikimas baigėsi gerai del to, kad buvo stipri plėvelė, dengusi pūlyną iš visų pusių. Išimtimi buvo tiktai nepūliuoją ir nepaplitę labirintai. Šitais atsitikimais

aš mėginau sumažinti operacinį sukrėtimą, vartodamas transkonchinę metodę.

Šitais visais atsitikimais gijimas ėjo gana gerai. 10% visų ligonių turėjo daugiau kaip 60 metų amžiaus, o 4% — daugiau kaip 70 metų. Visi operacijas gerai pakėlė. Būtinai reikia priminti, kad transkonchinė operacija ypatingai tinka senesniems žmonėms, nes ji galima padaryti vietinėje anestezijoje ir ji mažiau sudėtinga už transmastoidinę.

Apie 15 operacijų buvo padaryta ambulatoriniu būdu, nesusidarant jokioms komplikacijoms. Techniškas operacijos atlikimas kiekvienu atsitikimu buvo gana sėkmingas.

Visais atvejais operatorius pats vienas vartojo plaktuką. Asistento pagalba šitoje operacijoje yra nereikalinga.

Reikia pasakyti, kad sinusas ir dura daugeliu atsitikimų buvo atidengti, nesusidarant jokioms komplikacijoms. Vienu atsitikimu įvyko kraujavimas iš sinuso, kuris tačiau pavyko sulaikyti ir operacija pravesti iki galo. Pastovaus ir visiško facialinio paralyžiaus visai nepasitaikė. Tik pirmuoju atsitikimu susidarė laikinis facialinis paralyžius, trukęs tiktai keletą valandų. Jis buvo susidaręs del anestezijos ir praėjo, nepalikęs jokių žymių.

Pasirėmęs šitais atsitikimais, kur ausies operacijos buvo daromos tiek transmastoidine, tiek transkonchine metode, aš priėjau išvadą, kad, pavartojus pastarąją metodę, gijimas eina daug greičiau.

Funkciniai padariniai susidarė gana geri. Tat galima išaiškinti tuo, kad, operuojant transkonchine metode, ypatingai buvo rūpinamasi apsaugoti klausa. Labai svarbu buvo tai, kad transkonchinei metodei buvo parinkti tik tie atsitikimai, kur pakenkimai klausos atžvilgiu nebuvo tokie rimti.

Čia bus aprašyta tik keletas būdingų ir daugiau pamokančių atsitikimų, kurie parodys jų įvairumą. Jau buvo pasakyta, kad transkonchinė metodė labai tinka senesniems ir silpnesniems ligoniams.

1 ats. Ch. Š., 65 metų amžiaus, moteris. Ji per visą mėnesį turėjusi ausies ir galvos skausmus. Mažas ausies pūliavimas. Tyrimas parodė, kad kairioji ausis sutinusi ir skauda. Tolimesnėmis dienomis pasirodė, kad sutinimas praėjo, įsibrovus cholesteatomai pro išorinės klausomosios angos užpakalinę sienelę. Atsitikimas susidarė labai tinkamas transkonchinei operacijai. Nepaisant to, kad pacientės bendrinis stovis buvo blogas ir kad jos širdis buvo silpna, šitoji operacija padaryta 1939.X.16 d. vietinėje anestezijoje per 20 minučių. Pooperacinė klausa išliko patenkinama.

Pažymėta, kad pagal šitą metodę labai lengva operuoti didelė cholesteatoma, jau praėjusi pro išorinę klausomąją angą.

2 ats. A. V., 60 metų, moteris. Ji turėjusi daug metų kartotinius vėmimus, galvos svaigimą ir skausmus, kurie dar buvę pakenčiami. Tyrimas parodė dešiniosios ausies sausą cholesteatomą ir maža atiko prakiu-

rimą. Sunku buvo nustatyti, ar visi skausmai parėjo nuo ausies. 1935.II.14 d. padaryta mėginamoji operacija vietinėje anestezijoje. Pasirodė, kad mažas antrumas buvo pilnas cholesteatomos. Po operacijos pacientė nuvyko namo. Gijimas truko be jokių pūliavimų vieną mėnesį. Geri padariniai, gal būt, parėjo nuo to, kad tat buvo siaura ir nepūliuojanti cholesteatoma.

Vidutinio otito komplikacijos yra kontraindikacija visoms vidurausinėms operacijos metodėms. Vienintelės išimtys yra nesusikomplikavę ir nepūliuoją labirintai, atsirandą, persirgus chronišku otitu. Tokiais atsitikimais vidurausinės procedūros operacinis sukrėtimas yra mažesnis.

3 ats. S. G., 52 m. amžiaus, moteris. 4 dienas ji skundžiusis smarkiu vėmimu ir galvos svaigimu. Apžiūrėjus rasta 3 laipsnio nystagmus, atiko prakiurimas ir cholesteatoma. Nebuvo jokio speninės ataugos sutinimo. Specialistų konsiliumas nutarė palaukti keletą dienų. 1935.VII.3 d. padaryta transkonchinė operacija vietinėje anestezijoje. Atidarius antrumą ir pašalinus cholesteatomą, rasta išorinio pusiau cirkuliarinio kanalo fistulė. Gijimas buvo geras.

4 ats. Š. K., 27 metų, ligonė. Prieš 4 metus ji skundžiusis kairiosios ausies pūliavimu, o prieš 6 savaites ji turėjusi svaigimo priepuolį, vėmimą ir galvos skausmus. Apžiūrėjus pasirodė kairiosios ausies chroniškas pūliuojąs vidurinis otitas su užpakaliniu - viršutiniu prakiurimu. Žiūrint dešinėn, buvo dar matomas savaiminis nystagmus. Kairioji ausis buvo visiškai kurčia. Turint galvoje kairiosios ausies kartotinius labirintinius priepuolius, 1934.V.14 d. padaryta transkonchinė operacija. Rastas tam tikras cholesteatomos kiekis. Tyrimas po 2 metų: jokių svaigimo priepuolių; vidurinė ausis — sausa.

5 ats. J. B., 24 metų amžiaus, studentas teisininkas. Dešiniojoje ausyje mažas viršutinis prakiurimas ir cholesteatoma. Kairiojoje ausyje — vidurinis prakiurimas. Klausa: dešiniąja ausimi girdi šnabždesį 0,5 m, o kairiąja — 1 m atstumo. Turint galvoje ligonio būsimąją karjerą, kuriai labai svarbu turėti gera klausa, buvo imtasi visų galimų žygių ausies funkcijai apsaugoti. 1934.II.4 d. operacija padaryta labai rūpestingai ir pamažu per 1 val 40 minučių. Visa intratimpaninė struktūra pasiliko neliesta, bet cholesteatoma buvo labai rūpestingai pašalinta. Po 3 metų ligonis vėl apžiūrėtas: šnabždesį dešiniąja ausimi girdėjo iš 4 metrų atstumo, o kairiąja ausimi — 0,5 m. Jis pareiškė, kad praktiškai jo klausa patenkinama.

6 ats. G. B., 20 metų, ligonė. Dešinioji ausis — viršutinis prakiurimas, cholesteatoma: girdi šnabždesį iš 0,3 m atstumo. Kairiojoje ausyje progresuojąs vidurinės ausies kataras; girdi šnabždesį iš 1,5 m atstumo. 1938.I.27 d. padaryta transkonchinė operacija. Tyrimas po dvejų metų parodė: sausas tuštymas, intratimpaninė struktūra nepasikeitusi; girdi šnabždesį dešiniąja ausimi iš 2 m atstumo, kairiąja — iš 1 m.

Kai kuriais atsitikimais buvo pastebėtas klausos susilpnėjimas, net anatominėms sąlygoms esant visai geroms.

7 ats. L. G., 52 metų amžiaus, vyras. Kairioji ausis — otorrhoea nuo pat vaikystės; jis skundėsi galvos skausmais ir svaigimu bei ūžimu ausyse. Tyrimas parodė viršutinį prakiurimą ir iš jos kyšantį polipą. Dvokianti cholesteatoma. Klausa: girdi šnabždesį iš 0,2 m. 1934.V.22 d. padaryta transkonchinė operacija. Išorinė klausomoji anga ir atiko sienelė buvo labai didelės, ir tat kaip tik palengvino operaciją. Apžiūrėjus po 2 metų, rasta: didelis sausas tuštymas, intratimpaninė struktūra nesuardyta; klausa: girdi pasikalbėjimą iš 1 m atstumo.

Paminėtini du atsitikimai, gana sunkiai susikomplikavę:

8 ats. J. M., 20 metų, ligonė. Keletas jos šeimos narių turėję degeneratyvių paveldimų požymių. Pacientė buvusi nuo pat gimimo kurčia ir nesveiko proto. Otorrhoea nuo pat vaikystės. Prieš kurį laiką jos temperatūra pakilusi ir skaudėjusi galvą. Tiriant rasta dvokiančių pūlių abiejose ausyse. Nystagmus'o kryptis į dešiniąją pusę. Buvo labai sunku nustatyti tiksli diagnozė del ligonės menko protinio stovio. Įtartas kairiosios ausies labirintitas ir nutarta padaryti transkonchinė operacija. 1936.II.7 d. padaryta operacija, rastas didelis osteitas su kaulo nekroze. Kaulo, kiek galima, daugiau pašalinta, o sinusas atidengtas apie 2,5 cm. Tą pačią dieną ligonė nuplėšė tvarčius, užsikrėsdama tuo būdu žaizdą. Praėjus 2 dienoms po to, pakilo temperatūra iki 40°. Antra operacija padaryta 1936.II.9 d. pagal transmastoidinę metodę. Rastas sinuso trombofiebitas, siekiąs bulbus'ą. Operuojant buvo rasta taip pat daug nesveikų lastelių, ypatingai srityje tarp antrojo ir trečiojo sinuso takų. Jugularinė vena perrišta. Po 10 dienų ligonė gavo bendrinį sepsį, silpnumą, del ko ji ir mirė.

Jeigu šituo atveju galima prileisti, kad komplikacijos priežastis buvo užkratas, įneštas pačios ligonies pirštais, tai vis delto nereikia užmiršti, kad priežastimi galėjo būti ir per pirmąją operaciją nepašalintos ląstelės. Aš priėjau išvadą, kad komplikuotais ir netikrais atsitikimais reikia pavartoti klasiška operacija.

9 ats. Ch. Š., 23 metų, ligonė. Sirgusi nuo pat vaikystės chronišku ausies uždegimu. Anksčiau turėjusi dešiniojoje ausyje kartotinę furunkuliozę. Kadangi ji prieš kurį laiką skundėsi galvos skausmais, buvo nutarta operuoti. Kairiojoje ausyje rasta dvokiančių pūlių ir užpakalinis - viršutinis prakiurimas su kyšančiu mažu polipu. Transkonchinė operacija padaryta 1938.I.31 d. Antrumas mažas ir jame rasta granuliacijų. Nebuvo jokios cholesteatomos. Maža kaulo destrukcija. 10-tą dieną po operacijos pasirodė išorinės ausies perichondritas, kuris ėjo vis blogyn ir blogyn, kol baigėsi po 6 savaičių sunkia deformacija. Praėjus keliems mėnesiams, ausis reikėjo vėl operuoti. Šituo atveju sunku pasakyti, ar del perichondrito pasirodymo buvo kalta pavartota metodė.

Visi autoriai, operavę pagal intrameatinę metodę, tvirtina, kad operacinis sukrėtimas esąs mažesnis ir kad ligoniai apleidžią ligoninę anksčiau bei tampą greičiau darbingi (H o w a r t h, G u n s, B o c k s t e i n). Mano prityrimu, išvados yra tos pačios. Kaip pavyzdį, toliau duodu tris atsitikimus, neseniai operuotus.

10 ats. Š. G., 41 metų amžiaus, darbininkas, dirbąs sunkų fizinį darbą. Chroniškas otitas su viršutiniu prakiurimu, cholesteatoma ir smarkūs galvos skausmas nesveikos ausies pusėje. 1939.X.3 d. padaryta operacija vietinėje anestezijoje. Kitą dieną ligonis vaikščiojo po ligoninės koridorius, o po savaitės jis išsirašė. Po mėnesio jis jau dirbo savo įprastą darbą. 1939.XI.20 d. apžiūrėjus, rastas sausas tuštymas ir nedidelės granuliacijos antrum'o srityje.

11 ats. L. T., 24 metų ,ligonė. Turėjo dvokiančią cholesteatomą ir galvos skausmus. Kartkartėmis atsirasdavę galvos svaigimo priepuoliai. 1939XI.14 d. padaryta operacija ir pašalintas didelis cholesteatomos kiekis. Po 6 dienų ji išrašyta iš ligoninės. Tyrimas po 5 savaičių parodė visišką išgijimą.

12 ats. J. Ch., 16 metų, jaunuolis. Užpakalinis - viršutinis prakiurimas ir cholesteatoma. Neseniai ligonis buvo turėjęs smarkią ir pavojingą eksacerbaciją. 1939.XI.19 d. vietinėje anestezijoje padaryta operacija Antrum'e ir periantruminėje srityje rasta cholesteatominių masių. Speninė atauga sklerozavusis. Po 10 dienų ligonis išrašytas iš ligoninės. Apžiūrėjus po 10 dienų, rastas tik mažas pūliavimas. Epidermizacija visada buvo gera.

Santrauka.

Funkciniams ausies padariniams pataisyti ir gijimui pagreitinti buvo pasiūlyta vartoti transmeatinė radikali speninės ataugos operacija; bet tai dažnai buvo sunku techniškai įvykdyti, daugiau del vienaakiško regėjimo. Autorius tam reikalui siūlo vadinamą transkonchinę subperiostinę radikalią speninės ataugos operaciją. Ji galima įvykdyti abiakišku regėjimu, ir techniškai nėra taip sunki. Vietinė anestezija — pjūvis per kniauklės įdubimą (cavum conchae) — minkštojo audinio ir išorinės ausies iškėlimas — retraktoriaus pavartojimas — speninės ataugos žievinio sluoksnio pašalinimas. Speninė atauga prakalama nuo išorės iki vidaus — antrumas atidengiamas — įkišamas zondas — sudaroma plastinė skiautėlė — kauliukai ir būgnelis paliekami, kiek galima, mažiau paliesti.

141 atsitikimo operavimo padariniai buvo patenkinami. Komplikacijų tesusidarė tik 2 atsitikimais. Techniškai operacijos nesukėlė jokių sunkumų.

LITERATŪRA.

1. Beyer: Die Operationen am Ohr. Verlag Curt Kabitzsch. Leipzig, 1938, 149 psl.
2. Bockstein: „Mntschr. f. Ohrenhlk.“ 1935, 69, 776 psl.
3. v. Eicken: „Zbl. f. Hals-, Nas.-, Ohrenhlk.“ 1925, 7, 681 psl.
4. Guns: Révue de L.- O.- R.“ 1933, 54, 1102 psl.
5. Howarth (and Bateman): „Lancet“. 1938, 1168 psl.
6. Lempert: „Mntschr. f. Ohrenhlk.“ 1929, 1 ps. „Arch. of Otolaryngol.“ 1938, 27, 555 psl.
7. Matis: La cure radicale et l'antrotomie par la voie conquale operation sousperiostée (Comptes rendus des séances de la société Française d'O-R-L. congrés de 1935)
8. Matis: Die Indikationsstellung u. die technische Ausführung der Antrotomie durch das cavum conchae u. vom Gehöhrgang aus. „Mntschr. f. Ohrenhlk.“ 1936, 70, 1230 psl.
9. Matis: Die conchale Radikaloperation des Ohres. „Ztschr. f Hals-, Nas.-u. Ohrenhlk.“ 1933, 35, 181 psl.
10. Matis: Practical points in the transconchal radical mastoid operation. „Arch. of Otolaryngol.“ 1940, 31.
11. Ohnacker: „Der Hals-, Nase- u. Ohrenarzt“ 1938, 46, 237 psl.
12. Shambough: „Year Book of Eye, Ear, Nose and Throat“. 1937, 384 psl.

13. Thies: „Arch. f. Ohrenhlk.“ 1912, 89, 137 psl.
14. Tumarkin: „J. of Laryngol. ang Otol.“ 1938, 53, 737 psl.
15. Vojaček: „Vestnik sovetskoj oto-rino-laringologii“. 1935, 2 nr., 73 psl.

Современные взгляды на лечение хронического воспаления среднягo уха.

(Модифицированная радикальная операция уха).

С целью улучшить результаты операции и ускорить послеоперативное лечение был предложен и испробован новый способ операции через наружный слуховой проход. Недостатком этого способа является то обстоятельство, что он технически довольно трудно выполним, так как при нем можно пользоваться лишь монокулярным зрением. Автором предложена модификация (трансконхальный метод), при которой целый ряд недостатков эндаурального способа избегается. Операция производится, пользуясь бинонокулярным зрением. Местная анестезия — разрез в углублении ушной раковины — мягкие части широко отсепаровываются—надевается самодержащийся крючок — кость удаляется по направлению снаружи квнутри —антрум вскрывается, как можно шире—удаляется мостик, и образуется радикальная полость — барабанная перепонка и слуховые косточки по возможности щадятся. Из 141 оперированных случаев лишь в 2 случаях наблюдались серьезные компликации. Техническое проведение операции не встречало затруднений.

Conclusion.

In order to improve the functional results and to speed up healing, it was proposed to use the transmeatal radical mastoid operation, but this was often technically difficult to perform, more especially because of monocular vision. The Author sugests for this purpose the so called transconchal subperiostal radical mastoid operation. This can be performed under binocular vision and technically is not very difficult. Local anaesthesia - incision through the cavity of the conchae - wide elevation of the soft tissue and auricle - insertion of self - retaining retractor - removal of the mastoid cortex. The mastoid process is chisilled from the outside to the inside - antrum is exposed - a probe is introduced - the posterior wall of the auditory meatus is removed - plastic flap is formed - the ossicles and tympanic membrane are left intact as far as possible.

The results of the 141 cases operated on were satisfactory, there having been complications in only two of them. The technical side of the operations in all cases gave no rise to any difficulties.

Gyd. T. Šiurkus,
I Chirurginės klinikos jaun. asistentas.

Kelio sąnario meniskų sužalojimo klausimu.

(Iš Kauno Univ-to I-osios Chirurginės klinikos. Vedėjas — prof. V. K u z m a)

Tarp daugelio trauminių kelio sąnario sužalojimų meniskų sužalojimai užima gana svarbią vietą. Paprastai kelio sąnario meniskai nukenčia, įvairių rūšių darbininkams bedirbant, sportininkams, kareiviams atliekant įvairius sporto ir gimnastikos pratimus, žaidimus, kaip antai, futbolą, tenisą, krepšinį, važinėjant pačiūžomis. Ypatingai dažnai kelio sąnario meniskai nukenčia futbolininkams. Sporto traumatologijoje, kuri šiais laikais sudaro atskirą chirurgijos šaką, vienas iš dažniausiai pasitaikančių kelio sąnario sužalojimų yra kaip tik menisko plyšimas. Meniskų plyšimų skaičius žymiai padidėja, besiplečiant įvairioms sporto rūšims. Taip pat dabar menisko plyšimai daug dažniau surandami, diagnostikos priemonėms patobulėjus.

Anatomija ir fiziologija.

Kelio sąnaryje yra išorinis (lateralinis) ir vidinis (medialinis) meniskai, sudaryti iš glaudaus jungiamojo audinio. Meniskų didumas yra individualus. Vidutinis vidinio menisko platumas yra 10 mm, o išorinio — 12-13 mm, aukštumas 4-5 mm (S c h a e r). Vidinis meniskas yra C raidės, o išorinis — daugiau uždaro žiedo pavidalo. Pasak R. F i c k'o, abudu meniskai esą C pavidalo. Išorinė menisko pusė esanti susijungusi su sąnariniu maišeliu (R a u b e r).

Menisko padėtis pastoviai kinta; ji yra būdinga atskiroms sąnario funkcijos fazėms. Palpuojant liesų žmonių kelio sąnarį, jei koja yra tiktai ištiesta, galima apčiuopti menisko kraštas sąnariniame tarpe. Lenkiant koją, meniskas nuslenka į užpakalį. Kuo labiausiai sulenkus koją, meniskas gali tiek toli į užpakalį nuslinkti, kad net blauzdikaulio kraštą pereina. Jei lenkiant koją, drauge vyksta ir rotacija, tada menisko judesiai yra daug didesni; todėl ir kalnų gyventojams pasitaiko daug dažniau meniskų sužeidimai.

Meniskai išsivysto iš mezenchimos. Keturių mėnesių gemalo sąnaryje susidaro tokios raukšlės, iš kurių ir išsivysto meniskai. Naujagimių meniskai yra platūs, uždengia visą tibialinį paviršių. Didėjant ir stiprėjant sąnarių judesiams, plonėjąs meniskas, ypač centrinė jo dalis (I s h i d o). Anksčiau susidariusios gausios kraujagyslės palengva nyksta.

Išsivysčiusiame meniske histologiškai atskiriamos dvi sritys: viena — vidurinė, neturinti kraujagyslių, o jos laisvas kraštas

lygus ir aštrus, ir antra — plati išorinė, turinti iš dalies kolageninio ir jungiamojo audinio pobūdį ištisai per visą gyvenimą. Šita sritis turi maitinamąsias kraujagysles, kurios iš parameniskinės krašto arterijos radialiai einančios į visą meniską, kaip įrodė Pfab ir Henschen savo eksperimentiniais darbais. Stipriausia vaskuliarizacija yra priekiniame ir užpakaliniame menisko ketvirčiuose, nes šiuodu segmentai dar gauna smulkias arterijų šakutes iš kapsulės ir iš ligamenta cruciata. Todėl viduriniuose dviejuose ketvirčiuose dažniausiai pasitaiko išvisiminių (degeneratyvių) pakitimų.

Kliniškai sveikiems žmonėms iki 29 metų amžiaus meniskai yra normalūs, susidarę iš skaidulinės kremzlės, skiriasi tik branduolių skaičiumi, jų didumu ir tarpnarveline medžiaga. Protoplazmos suriebėjimas ir tarpinės medžiagos prasidedanti hyalinizacija neretai pasitaiko. Po 30 metų šitie išvisimo (degeneracijos) reiškiniai žymiai dažniau pasitaiko, bet niekuomet nesusidaro gilių meniskų pakitimų. Senstant tokių išsiplėtusių išvisiminių pakitimų daug dažniau pasitaiką (Ishido, Tobler).

Patologija.

Menisko sužalojimas nėra tat pat, kas jo išnirimas (luxatio). Klasiškas menisko plyšimas yra išilginis su jo įsiskverbimu į sąnarinį tuštymą, į fossa intercondylica, kur yra daug erdvės ir nesusidaro jokių mechaniškų kliūčių sąnario judesiams, todėl kartais gali nebūti jokių menisko plyšimo simptomų. Kai yra nevisiškas menisko atplyšimas, tai kiekvieną sykį, sąnarį lenkiant ar tiesiant, gali susidaryti plyšusio menisko įstrigimas. Dažnai gali kilti klausimas, ar meniskas yra sveikas, sužalotas ar išvisęs. Iš sužalojimo formos negalima pasakyti apie jo susidarymą ir sunkumą (Schmidt).

Bragard skiria daug reikšmės žmonių palinkimui į meniskų sužalojimus. Čia, jo nuomone, būnąs šeimyninis palinkimas. Be to, svarbus meniskų ruptūrų susidarymui ir kojų pavidalas. „X“ pavidalo kojoms esant, daugiau įplyšta išorinis, o „O“ — daugiau vidinis meniskas. Pasak Böhler'io, vidinis meniskas nukenčiąs daug dažniau (84%), negu išorinis (14%) (6:1); dešinysis — daugiau už kairįjį; moterims ir vaikams sužeidžiami meniskai daug rečiau, negu vyrams. Vadinasi, Böhler'io statistikos duomenimis, vidinio menisko plyšimas pasitaiko šešis kartus dažniau, negu išorinio. Daugiau kaip 50% plyšimas susidarąs išilgai menisko. Vienu atveju susidarąs plyšimas nuo priekinio ligi užpakalinio kampo, antru — nuo vidurinio ligi kurio nors kampo, ar atvirkščiai (Krömer). Manoma, kad kai kuriuose kraštuose esąs rasinis palinkimas į meniskų sužalojimus.

Meniskas daugiausia įplyšta, smarkiai judinant kelio sąnarį, pirma jį sulenkus. Sulenkiant ir sukant blauzdą, dažnai plyš-

ta meniskas. Kai, sulenkus blauzdą, ji dar pasukama išorėn, tai vidinis meniskas gali toli nuslinkti į sąnarinį tarpą, ir, staiga ištempus, tada kondyliai lyg replėmis sugnybą meniską (Walter). Konjetzny mano, kad vidinio menisko plyšimų dažnumas pareinąs nuo kondylių pavidalo. Išorinis yra išgaubtas, o vidinis įgaubtas, todėl šis esąs mažiau judrus ir dažniau įstringąs (Schaer).

Įvykus menisko plyšimui, būna stiprūs skausmai, kurie greitai praeina, ir, tik kartojantis trūkusio menisko įstrigimui, vėl atsiranda. Kartais ir didelė kojos hiperekstenzija galinti perplėšti meniską (Kroiss).

Magnus sako, kad menisko plyšimui susidaryti esančios dvi priežastys: išorinė (trauminė) ir vidinė (spontaninė). Dažnai pasitaiko sveikam žmogui be jokios traumos meniskui įplyšti del anksčiau buvusio jo išvisimo. Tokie menisko plyšimai, kurie be jokios matomos priežasties bei traumos įvyksta sveikam žmogui, yra vadinami savaiminiais (spontaniniais). Savaiminių plyšimų priskaitoma tik 5%, o paskutiniu laiku net iki 10%. Kalnų darbininkams, angliakasiams atsitinką meniskų plyšimų iki 40% (Linde, Regensburger). Jie paprastai įvyksta tiems žmonėms, kuriems anksčiau meniskas buvo išvisęs arba kuriems bedirbant nuolatos tenka kenkti kelio sąnarys, kaip, pvz., parketo darbininkams ir kt. Daugelio mokslininkų, kaip, pvz., Tobler'io ir kitų, yra pastebėta, kad menisko išvisimas pasitaikąs jau gana ankstyvame amžiuje, net prieš 25 metus. Apie 40 metus išvisimas jau gana dažnai pasitaikąs, o apie 50 metus jis esąs pas daugumą. Menisko plyšimas daugiausia pasitaiko jauniems žmonėms tarp 20—30 metų amžiaus. Praėjus 30 metų, menisko plyšimų skaičius mažėja, o praėjus 50-čiai metų, kada jo išvisimas yra toli pažengęs, meniskų plyšimų beveik nebepasitaiko. Pagal Schaer'o statistiką, iš dviejų tūkstančių meniskų plyšimų tik 4% buvę praėjus 50 metų. Kadangi sęsdami meniskai daugiau išvista, tai taip pat turėtų daugiau jų plyšti; tačiau taip nėra, nes, praėjus 50 metų, meniskų plyšimai retai tepasitaiko (Schaer). Tat Böhler aiškina tuo būdu, kad žmogus sęsdamas mažiau ir mažiau beatliekąs staigių nekoordinuotų judesių, kurie yra būtini, kad įvyktų menisko plyšimas.

Šviežius trauminių meniskų plyšimų atsitikimus tuojau operuodami, Magnus ir Böhler nepastebėję nei makroskopiškų, nei mikroskopiškų meniskų pakitimų. Tik esant senam plyšimui, ant plyšimo kraštų esą pastebimi nedidelio laipsnio išvisiminiai pakitimai, kurie ilgainiui didėją (Magnus, Schaer). Pagaliau, kaip menisko plyšimo padarinys, kartais susidaranti kelio sąnaryje mus articulare (Garrè). Tolimesnis kad ir mažas sąnario pažeidimas sukeliąs hiperplastišką keliaropės riebalinio audinio augimą, vadinamą Haffa's ligą. H. Heldt

turėjo 4 atsitikimus su kelio sąnario mazgu (ganglion), kurių dviem mazgai išsivystę po pirminio menisko plyšimo. Tobler aprašė tris mazgų, išsivysčiusių iš plyšusio išorinio menisko, atsitikimus. H. Hinrisson turėjo devynis mazgų, išsivysčiusių iš plyšusio menisko, atsitikimus. Jo nuomone, mazgai išsivystę iš menisko del jo išvisiminio pakitimo.

Įvykus menisko plyšimui (Böhler, Demel, Garrè), tuojau staiga atsirandą kelio sąnaryje stiprūs skausmai. Kartais būną tiek stiprūs skausmai, kad negalima ne tik eiti, bet ir kojos pajudinti. Tais atvejais yra ypatingai skaudus sąnario lankstymas, taip pat yra skausminga sužeidimo vietoje ir apčiuopa. Dažnai įvyksta trūkusios menisko dalies įstrigimas, ir tuomet skausmai žymiai padidėja. Įvykus įstrigimui, sunku būna ištiesti koja. Kada įstrigimas atsipalaiduoja, tuojau skausmai greitai praeina, o kartais tiek sumažėja, kad sužeistasis gali puikiai vaikščioti ir net savo darbą dirbti, kol įstrigimas vėl pasikartoja. Įstrigimas kartais galįs pasikartoti, pagal Magnus'o, keletą kartų per dieną, ir tuo atveju darbas bei vaikščiojimas esąs neįmanomas. Tais atvejais, kada įstrigimas kartojasi labai retai, individas gali dirbti savo darbą be ypatingų kliūčių; tik, pasitaikius stipresniam kojos pakrypimui į vieną ar į antrą šoną, jis jaučia didesnius ar mažesnius skausmus, o kartais, kojai pakrypus, būna ir gana dideli skausmai.

Atsitikimų aprašymas.

Peržiūrėjęs K. Un-to Chirurginės klinikos stacionarių ligonių registracijos knygas nuo 1935 iki 1939 metų, radau 15 ligonių, gulėjusių chirurginėje klinikoje del kelio sąnario menisko plyšimo. Jų diagnostika, patologija ir gydymas yra pateikiami būdingesniu ligos istorijų ir lentelių pavidalu.

Gulėjusių Chirurginėje klinikoje per 5-rius metus su menisko plyšimu ligonių skaičius, palyginus su bendru stacionarinių ligonių skaičiumi, yra mažas, nes vidutiniškai išeina tik 3 ligoniai vieneriems metams. I-oje lentelėje matyti, kiek kuriais metais gulėjo klinikoje ligonių su menisko plyšimu.

1-oji lentelė.

1935 m.	1936 m.	1937 m.	1938 m.	1939 m.	Iš viso
3	2	3	3	4	15

1. Ligos ist. 1.743 nr. Vladas J., 20 metų amžiaus, moksleivis. 1935. V. 28 d. atsigulė į kliniką, patinus kairiajam kelio sąnariui. Prieš 8 mėnesius bežaisdamas futbolą, gavęs stiprų smūgį į kairiosios kojos kelio sąnario vidinę pusę ir kritęs be sąmonės. Koja tuojau smarkiai patinusi, ir aštuonias dienas jis visai negalėjęs jos pajudinti.

Paskui pradėjęs vaikščioti šlubuodamas. Praėjus dviem mėnesiams, vaikščiojęs jau, nesiremdamas lazda, bet greitai paslydęs ir sąnarys vėl sutinęs, kas kartojęsi kelis kartus.

Status specialis. Išoriniame kairiojo sąnario paviršiuje yra mažas patinimas, o ties sąnariniu plyšiu palpuojant pacientas jaučia skausmus. Kelio sąnario apylinkės oda surandėjusi, nudegusi nuo sollux'o lempos spindulių, nes jos pagalba buvo gydomas kelio sąnarys.

V. 28 d. vietinėje anestezijoje padaryta operacija — pašalintas plyšęs išorinis meniskas.

VI. 5 d. nuimti siūlai, žaizda sugijusi per primam. Ligonis išrašytas, patarus koją kuo daugiausia lankstyti per kelio sąnarį.

2. Ligos ist. 3.109 nr., Pranė M., 27 metų amžiaus, virėja.

1935. X. 9 d. atvykusi su skausmais dešiniosios kojos kelio sąnaryje. Vasario 21 d. įkritusi į rūsį ir susimušusi kelio sąnarį, bet stiprių skausmų tuomet nebuvę. Praėjus mėnesiui, atsiradę stiprūs skausmai, ypač gulint.

Status specialis. Dešiniojo kelio sąnario judinimas yra skausmingas, ypač vidinėje pusėje.

X. 12 d. bendrinėje eterio narkozėje atidarytas sąnarys ir rastas vidinio menisko užpakalinėje jo dalyje plyšimas.

XI. 4 d. Išrašyta. Nedarbinga išbuvusi 2 savaites.

3. Ligos ist. Fraida Š., 23 metų amžiaus.

1935. I. 8 d. atvykusi į kliniką, nes paskutiniu laiku kasdien kelis kartus nikstelėjusi per kelio dešiniosios kojos sąnarį. Prieš 5 metus besimankštindama nikstelėjusi dešinįjį kelio sąnarį, kuris patinęs ir labai skaudėjęs. Praėjus mėnesiui, nikstelėjimai dažniau pasitaikydavę. Visi gydytojai patarę operuotis.

Status specialis. Dešinysis kelio sąnarys patinęs, jo judinimas skausmingas.

I. 9 d. bendrinėje eterio narkozėje padaryta operacija. Rastas senas vidinio menisko plyšimas. Meniskas išpjautas. Uždėtas gipso tvartis.

I. 20 d. nuimti siūlai; ligonė truputį galinti vaikščioti, bet bijanti lankstyti per kelio sąnarį, kad neskaudėtų.

4. Ligos ist. 4.204 nr., Stasys P., 32 metų amžiaus.

1936. XI. 22 d. atsigulęs klinikoje, patinus ir skaudant dešiniajam kelio sąnariui.

Prieš parą, eidamas apledėjusiu šaligatviu, paslydęs ir griuvęs ant žemės, susimušdamas dešinįjį kelio sąnarį. Tuojau atsiradę labai stiprūs skausmai, kurie po 15 min. praėję, ir tik tuomet šlubuodamas parėjęs namo. Naktį vėl užėję smarkūs skausmai.

Status specialis. Dešinysis kelio sąnarys kiek patinęs, skausmingas. Tiek aktyvus, tiek pasyvus sąnario judrumas labai sumažėjęs. Judinant sąnarį skausmai didėję. Nustatyta dešiniojo vidinio menisko plyšimas.

XI. 25 d. koja įdėta į gipsinę tvėrę.

XI. 27 d. skausmai sumažėję, patinimas atslūgęs, išrašytas ambulatoriniam gydymui. Nedarbingas išbuvęs 4 savaites.

5. Ligos ist. 3.909 nr., Bernardas D., 21 metų amžiaus.

1936. X. 28 d. atsigulęs klinikoje, patinus ir skaudant kelio sąnariui. Praeitą dieną ligonis, benešdamas sunkią naštą ant pečių, griuvęs į kairę pusę taip, kad kairioji koja turėjo per kelio sąnarį palinkti į išorinę pusę. Atsiradę stiprūs skausmai, ir todėl nebegalėjęs toliau eiti.

Status specialis. Kairysis kelio sąnarys labai skaudus. Recessus superior fliuktuojąs. Nustatytas kairiojo vidinio menisko plyšimas.

X. 29 d. kompresas.

XI. 3 d. fliuktuacija pranykusi, sutinimas atslūgęs, skausmai sumažėję.

XI. 4 d. uždėtas gipsinis tvartis.

XI. 5 d. išrašytas ambulatoriniam ruptura menisci med. sin. gydymui.

6. Ligos ist. 2.644 nr., Elžbieta A., 50 metų amžiaus.

1937. VII. 5 d. atsigulusi klinikoje, skaudant ir pusiau susilenkus dešiniajam kelio sąnariui. Prieš trejus metus griuvusi ir užsigavusi kelio sąnarį. Nuo to laiko maždaug kas mėnuo, ligonei pastačius koją netaisyklingai, užšokdavęs vienas kaulas ant antro, bet greitai ir lengvai vėl atsitaisydavę. Paskutines savaites tat pradėję kartotis kasdien, ir pačiai nepasisekdavę atitaisyti.

Status specialis. Dešinysis kelio sąnarys skaudus ir yra laikomas sulenktas.

XI. 6 d. vietinėje anestezijoje padaryta operacija ir rastas plyšęs vidinis meniskas ir kiek išniręs iš savo vietos. Meniskas pašalintas, žaizda susiūta ir uždėtas gipsinis tvartis.

VII. 8 d. ligonė jaučia skausmus kelio sąnaryje.

VII. 13 d. skausmų nebejaučia.

VII. 19 d. ligonė vaikščioja. Jaučiasi gerai. Išrašyta, patarus po savaitės nuimti gipsinį tvartį.

7. Ligos ist. 233 nr., Juozas N., 30 metų amžiaus.

1937. I. 4 d. atvyko su skausmais dešiniajame kelio sąnaryje. Prieš 10 metų ligoniui buvo įspirta dešinioji koja žemiau kelio sąnario. Prieš 2 mėnesiu parpuolęs ir susitrenkęs dešiniosios kojos tą pačią vietą, ir nuo to laiko skausmai nepraeidavę.

Status specialis. Dešiniojo kelio sąnario vidinė pusė skaudi, spaudžiant ir lenkiant per kelio sąnarį. Smarkiau palenkus, girdimas sąnaryje traškėjimas. Ekstenzija nevisiška.

I. 7 d. vietinėje anestezijoje operuota ir pašalinta vidinio menisko atsiskyrusi dalis. Žaizda užsiūta ir uždėtas gipsinis tvartis.

I. 9 d. jaučia skausmus operuotame sąnaryje ir yra nedidelis patinimas.

I. 14 d. pašalinti siūlai, patinimas žymiai sumažėjęs.

I. 16 d. patinimas pranyko. Skausmai sumažėjo. Įgipsuotas vaikščioja be skausmų. Per kelio sąnarį koją ištiesia gerai, paslankumas geras.

8. Ligos ist. 3.647 nr., Viktorija S., 23 metų amžiaus.

1937. IX. 15 d. atvykusi į kliniką su skausmais kairiajame kelio sąnaryje. Prieš dvejus metus šokusi per griovį ir griūdama pasukusi po savim kairiąją koją, ir tuojau pajutusi didelius skausmus, negalėjusi atsistoti. Praėjus kelioms dienoms, skausmai pranykę. Pradėjusi vaikščioti. Praėjus keliems mėnesiams, nikstelėjimai pradėję kartotis gana dažnai.

Status specialis. Kairysis kelio sąnarys truputį pakilęs, apčiupinėjant truputį skausmingas.

IX. 16 d. bendrinėje eterio narkozėje padaryta operacija ir rastas trūkęs vidinis meniskas, kuris visai pašalintas, o, žaizdą užsiuvus, uždėtas gipsinis tvartis.

IX. 17 d. pakilo temperatūra. Atsirado stiprūs skausmai.

IX. 20 d. temperatūra krito, skausmai pranyko, jaučiasi gerai.

IX. 23 d. nuimti siūlai. Žaizda sugijo per primam. Jaučiasi gerai, išrašytas, patarus po trijų savaičių nusiimti gipsinį tvartį.

9. Ligos ist., 3.421 nr., Emilija J., 22 metų amžiaus.

1938. VIII. 28 d. atvykusi į kliniką, turėdama skausmus dešiniajame kelio sąnaryje. Vakar vakare ligonė eidama suklupusi, ir labai suskaudėjęs kelio sąnarys taip, kad negalėjusi paeiti.

Status specialis. Dešinysis kelio sąnarys patinęs, skaudus, ypač judinant. Nustatyta dešiniojo vidinio menisko plyšimas.

VIII. 31 d. skausmai sumažėjo, bet pajudinti kojos dar negali.

IX. 5 d. skausmai ir patinimas sumažėjo, po truputį jau vaikščioja.

IX. 6 d. padaryta kelio punkcija ir ištraukta krūvino skystimo.

IX. 10 d. patinimas ir skausmai beveik pranyko, vaikščioja, sąnarys skauda tik lankstomas. Išrašytas.

10. Ligos ist., 2.441 nr., Martynas M., 32 metų amžiaus, policininkas.

1939. VI. 7 d. atvykęs į kliniką su skausmais ir patinimu kairiajame kelio sąnaryje. Prieš trejus metus nukritęs nuo arklio, kuris prispaudęs kairiąją koją. Tuojau atvykęs į kliniką, kur buvo padarytos trys punkcijos, nes kelio sąnarys buvęs stipriai patinęs. Kadangi po punkcijų jautęsis sveikas, tai ir išvažiavęs namo. Dabar prieš tris savaites kairysis kelio sąnarys patinęs ir pradėjęs skaudėti.

Status specialis. Kairysis kelio sąnarys patinęs, jaučiama fliuktuacija.

VI. 14 d. vietinėje anestezijoje operuojant, rastas trūkęs vidinis meniskas, kuris visas ir pašalintas.

VI. 26 d. žaizda sugijo per primam. Vaikščioja. Po truputį koją lanksto per kelio sąnarį, bet daugiau judinant skauda.

Peržiūrėję Chirurginėje klinikoje gulėjusiųjų 15 ligonių 5 metų laikotarpyje ligos istorijas del meniskų plyšimų, matome, kad vyrai nukenčia du kartus daugiau, negu moterys (žiūr. 2-ąją lentelę).

2-oji lentelė.

Vyrų	Moterų	Iš viso
10	5	15

Mūsų klinikoje, kaip matyti 3-čiojoje lentelėje, daugiausia pasitaiko menisko plyšimų tarp 20 ir 25 metų, o praėjus 35 metams, jų procentas žymiai sumažėja (žiūr. 3-iąją lentelę).

3-oji lentelė.

20—25 mt.	26—30 mt.	31—35 mt.	36—40 mt.	41—45 mt.	46—50 mt.
6	4	3	1	—	1

Mūsų klinikos duomenimis, kaip matyti 4-oje lentelėje, vidinis meniskas nukenčia 14 kartų dažniau, negu išorinis (žiūr. 4-ąją lentelę).

4-oji lentelė.

Vidinis meniskas	Išorinis meniskas
14	1

Iš ligos istorijų duomenų negalime nieko nustatyti apie gulėjusių ligonių su menisko sužeidimais kojų pavidalus. Ne tik vidinis meniskas nukenčia dažniau už išorinį, bet taip pat dešinysis nukenčia pusantro karto dažniau už kairįjį (žiūr. 5-ąją lentelę).

5-oji lentelė.

Dešinioji koja	Kairioji koja
6	9

Diagnostika.

Šviežiais atsitikimais pažinti ruptura menisci yra nesunku. Gana sunku yra pažinti senesni meniskų plyšimai, nes dabartiniais tyrimo būdais ir priemonėmis nepasisekė 15% jų surasti. Meniskui trūkus, tuojau atsiranda stiprūs sąnario skausmai, o atsistojimas bei atsirėmimas koja beveik yra neįmanomas; ypač yra skausmingi kelio sąnario judesiai. Kai atitrūkusi menisko dalis įstringa, tuomet negalima visiškai ištiesti kojos per kelio sąnarį, koja stovi pusiau sulenktoje padėtyje, t. y. apie 160° kampu.

a) **Apžiūra.** Pasunkėjimas sulenkti ar ištiesti kelio sąnarį yra patognomoniškas įstrigimo ar svetimkūnių buvimo simptomas. Dažnas ir pastovus simptomas šviežiais menisko trūkimo atsitikimais esančios sąnario iššunkos (Gelenkerguss) (D e m e l), kurios dažniausiai yra kruvinos, nes yra sužalotos kraujagyslės; toliau pasidarančios kruvinai serozinės, o dar vėliau grynai serozinės. Praėjus kelioms dienoms, atsiranda šlaunies srities raumenų hipotonija; praėjus 12 dienų, išsivystanti raumenų atrofija, ir koja suplonėjanti 1—2 cm. (H. S c h a e r).

b) **Apčiuopa.** Sąnario hydrops po traumos nevisada yra vidursąnarinio sužalojimo padarinys. P a y e r įrodė, kad kai kuriems žmonėms del mažų kelio sąnario pakenkimų susidarąs jo hydrops, kuris nuolat atkrintąs ir susidarąs palinkimas į ankilozę. Ištiso sąnarinės kapsulės sustorėjimo nebūna šviežiais meniskų plyšimų atsitikimais. Pastovus menisko plyšimo simptomas yra skausmingumas, apčiupinėjant ties sąnariniu tarpu, kur yra kaip tik trūkęs meniskas.

Pasak S t e i n m a n n'o, kai skausmai didėja, koją sulenkiant ir ją sukant vidinėje pusėje į išorę, tai kaip tik esąs sužeistas vidinis meniskas; o, kai sulenktąją koją sukant į vidų, didėja skausmai išorinėje pusėje, tai esąs trūkęs išorinis meniskas, t. y. p i r m a s i s S t e i n m a n n'o s i m p t o m a s, kuris nėra visai pastovus ir tikras.

Kai trūkęs meniskas išsineria ne į vidų, bet į išorę, tuomet apčiupinėjant galima jis apčiuopti, esant truputį sulenktai kojai per kelio sąnarį. Labai svarbus ir gana vertingas yra antrasis Steinmann'o simptomas — lenkiant koją, skausmingumo taškas pereinąs į užpakalį sąnario plyšio aukštumoje. Trūkus vidiniam meniskui, addukuojant blauzdą, esant jai ištiestoje padėtyje per kelio sąnarį, skauda išvidinė sąnario pusė; o, trūkus išoriniam meniskui, skauda išorinė sąnario pusė, tai yra vadinami adukciniai skausmai. Be to, pagal skausmus, judinant sąnarį, galima nustatyti, ne tik kuris meniskas, bet ir kurioje dalyje jis yra sužeistas. Jei trūkimas yra priekiniame menisko kampe, tai skausmai stipresni būsią tiesiant koją; jei užpakaliniame kampe, tai lenkiant ją per kelio sąnarį (Krömer, Böhler). Senais menisko plyšimo atsitikimais tų būdingų simptomų nebūna, todėl čia reikia daugiau dėmesio kreipti į apklausą, ieškant, ar nėra buvusio kurio nors pažeidimo. Paskui labai svarbu išaiškinti, ar pasitaikydavo kartais įstrigimo simptomų. Dažnai kartojantis įstrigimams, kelio sąnaryje atsiranda didesnis ar mažesnis serozinio skystimo kiekis, bet gana retai pasitaiko jo didelis kiekis. Žmonės, turį seniai trūkusį meniską, kad skausmų ir nejaučia, bet nuolat jaučia lyg svetimkūnio buvimą sąnaryje. Jiems yra pasunkėjęs lipimas laiptais, ypač žemyn ir, apskritai, toji koja yra žymiai silpnesnė.

c) **Rentgenas.** Menisko plyšimas paprastąja rentgenograma nustatyti yra sunku. Kartais pasitaiko, kad sukalkėjęs meniskas duodąs šešėlį (Tobler). Arthrosis deformans, tbc, mus articulare išskirti, Böhler visuomet daro abiejų kelių sąnarių rentgenogramas dviem kryptimis, nors jos nieko neišaiškina trūkusio menisko atveju, bet yra labai svarbios diferencinei diagnostikai.

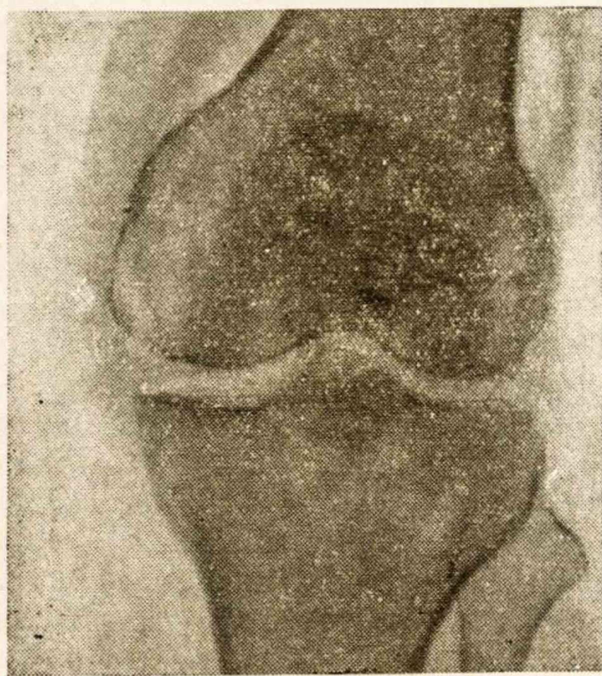
1905 metais Wollenberg pirmas pradėjo fotografuoti kelio sąnarį, pripildęs pirma jį kontrastinio preparato. Tam tikslui Robinzonn panaudojo deguonį ir azotą, o vėliau Bircker ir Schumm — lipiodolį ir abrodilį bei kitas medžiagas. Šitas klausimas nūdien plačiai yra gvildenamas, nes rentgenologiškas kelio sąnario vidaus pažinimas kontrastinių preparatų pagalba nūdien esąs svarbus (Krömer).

Visi kontrastiniai preparatai, naudojami rentgenologiškam menisko plyšimo nustatymui, dalyjami į teigiamus, t. y. duodančius šešėlį, ir neigiamus, t. y. prasišviečiančius (Stöhr). Prie pirmųjų priklauso abrodilis, perabrodilis, jodipinas, lipiodolis, uroselektanas ir kt., o prie neigiamųjų — oras, deguonis ir azotas.

Teigiamieji kontrastiniai preparatai, kaip kai kurių autorių jau seniai yra pastebėta, kartais duodą sąnarių uždegimą. Lagergreen, įleidęs į kelio sąnarį 20 ccm perabrodilio, gavo sąnario uždegimą, nepaisant, kad šitas kontrastinis preparatas

yra laikomas vienu iš geriausiųjų, nes jis yra indeferentiškiausias. Kadangi teigiamieji kontrastiniai preparatai dirgina sąnarį, todėl ieškoma kuo indeferentiškiausių, kad kuo mažiau dirgintų sąnarius. Krömer'io nuomone, vienas iš indeferentiškiausių, nors ir nebe ydų, esąs oras; tačiau kai kurie autoriai jo vengia, bijodami oro embolijos. Krömer ir Böhler visuomet naudoja, kaip kontrastinį preparatą, dujas, ir niekuomet jiems nepasitaikę gauti oro embolijos. Krömer, negali suprasti, kuriuo būdu galinti atsirasti oro embolija, įleidus dujų į kelio sąnarį, net ir parakapsuliariai pripūtus jų; jis visai nematąs tokio didelio pavojaus oro embolijai susidaryti, kaip kad daugelis jos taip bijo.

Mūsų klinikoje rentgenologiškam menisko plyšimo nustatymui buvo naudojami teigiamieji ir neigiamieji kontrastiniai preparatai. Geriausių padarinių gauta naudojant neigiamuosius — orą, ir niekuomet negauta oro embolijos, kurios kai kurie autoriai labai bijoję. (žiūr. 1 ir 2 rentgenogramas). Su oru ne tik geriausių rentgenologiško tyrimo rezultatų buvo gauta, bet ir vartojimo technika buvusi lengva ir labai pigi, palyginus su teigiamaisiais kontrastiniais preparatais.

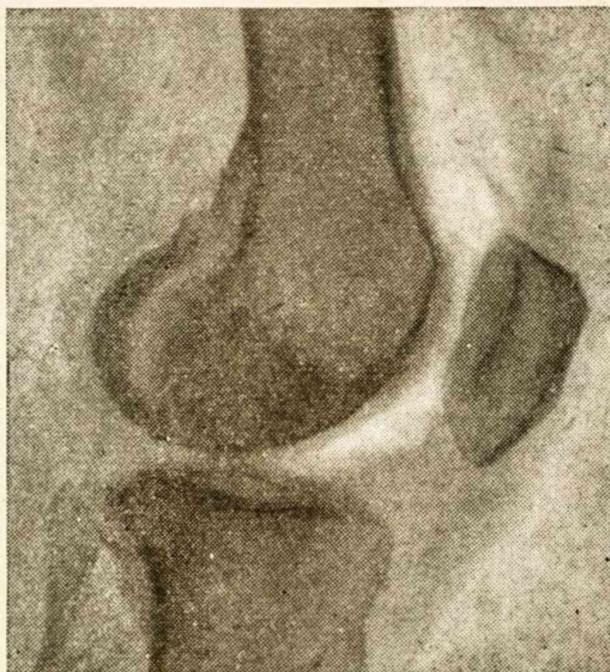


1-oji pneumoradiograma (iš priekio).
Matomas išilginis medialinio menisko plyšimas.

Kontrastinio preparato įleidimo į sąnarį dabar yra naudojama šitokia technika (su mažomis modifikacijomis):

Kelio sąnarys yra laikomas kampu 160—170°. Sąnario oda nuvaloma benzinu ir alkoholiu. Pažymima punkcijos vieta, kuri yra dezinfekuojama t-ra jodi 3—5%. Didesni jodo kiekiai ne-

naudotini, nes duoda nepageidaujamų šešėlių. Punktuojame iš išorinės kelio sąnario pusės, keletą milimetrų proksimaliau viršutinio keliaropės kampo. Pro šitą tašką be jokio pavojaus smeigiame adatą į sąnario tuštymą medialine-distaline kryptimi. Prieš darant punkciją ir dezinfekavus punkcijos vietą, oda ir poodinė narveliena yra anestezuojamos dviejų procentų novakainu. Sąnarinės kapsulės anestezuoti negalima, nes pasidarytų skylutė, pro kurią iš sąnario išeitų dujos.



2-oji pneumoradiograma (iš šono).
Matomas išilginis medialinio menisko plyšimas.

Įsmeigus adatą, svarbu patikrinti, ar tikrai esame pataikę į sąnarinį tuštymą; tada pakėlę aukštyn keliaropę, pasiūbuojame adatą ir jaučiame, ar jos galiukas yra laisvas ar įstrigęs. Schumm kontrolei visuomet įleidžia boro ar druskos skiedinio į sąnarinį tuštymą. Jei, nuėmus švirkštą nuo adatos, teka skiedinys atgal, tuomet esi tikras, kad gerai pataikei į sąnarinį tuštymą. Įsitikinus, kad adata tikrai yra sąnariniame tuštyme, pripučiame tiek deguonies ar oro, kad tiriamasis jaustų stiprų spaudimą ir recessus suprapatellaris ryškiai išsikeltų. Po to, tuojau daroma rentgenograma — pneumoradiografija.

Įpūtus į sąnarinį tuštymą dujų, sąnarys paliekamas sulenktas tuo pačiu kampu, kaip kad buvo prieš darant punkciją, ir po sąnariu padedama pritaikyto pavidalo liepos medžio iškila lentelė 4½ cm aukštumo, 13 cm platumo ir 18 cm ilgumo, praleidžianti rentgeno spindulius (Böhler). Dar yra svarbu nustatyti rentgeno vamzdelio kryptis. Jis neprivaląs eiti statmenai, bet truputį įstrižai (5—10°) kranialine-distaline kryp-

timi (Krömer). Kai kurie autoriai rašo, kad rentgeno vamzdis turįs eiti statmenai blauzdikaulio ašiai, t. y. priešinga kryptimi.

Labai daug patarnavo pneumoradiografija, bet nevisuomet jos pagalba pasiseka rasti menisko plyšimas. Daugumos autorių laikoma, kad 15% visų meniskų plyšimų nesurandama dabartiniais tyrimo būdais. Ypatingai sunku pneumoradiografijos pagalba nustatyti išilginis menisko plyšimas, kai plyšys yra siauras. Juo platesnis menisko plyšys, tuo lengviau jis yra nustatomas, nes pneumoradiografijai yra svarbus oro kiekis, kuris telpa trūkusio menisko plyšyje. Apskritai, yra svarbus plyšio didumas, jo forma, kryptis ir vieta. Be to, dar didesnės reikšmės turi gera technika. Dabartinės pneumoradiografijos technikos pagalba kai kuriems autoriams pasisekę nustatyti 80—85% visų meniskų plyšimų, kur kliniškai buvę visai neaišku. (Krömer, Böhler). Schumm tiktai 78% meniskų plyšimų išsiaiškinęs pneumoradiografijos pagalba, todėl kliniškas tyrimas turįs ypatingai svarbios diagnostinės reikšmės. Rentgenologiškas tyrimas (Krömer) nemažinąs kliniško tyrimo reikšmės, bet abudu vienas antrą papildą, abudu esą svarbūs. Pneumoradiografija yra tik padedamasis veiksnys kliniškam tyrimui, kurio niekuomet atmesti negalima, nepaisant net jo technikos tobulumo.

Gydymas.

Del trūkusio menisko terapijos esama dviejų nuomonių: vieni pataria konservatyvią terapiją, o antri — operatyvią. Pasak Garrè's, esant išilginiam menisko plyšimui, užtenką dviejų savaičių ramumo, ištiesus koją per kelio sąnarį, o toliau naudotina yra fizikalinė terapija. Tik pasikartojant įstrigimams ir susidarant hydrops'ui, patartina operatyvi terapija. Kai kurių autorių nuomone, kai yra trūkęs nedegeneravęs meniskas, tai tuomet reikią laukti, iki suaugant ramiai laikomai kojai (Magnus). Thomson pataria per 4—6 savaites imobilizuoti gipsu kelio sąnarį, kad trūkęs meniskas sugytų. Konservatyvaus gydymo šalininkų (Lange, Dengler) nuomone 85% trūkusių meniskų pagyją, įmobilizavus ir ištiesus kojas per 4 savaites. Praėjus 4 savaitėms ir nuėmus gipsą, žmogus gali jau vaikščioti. Pasak Dengler'io, konservatyvaus meniskų plyšimo gydymo padariniai būną geresni, gydant jaunus žmones, nes seniems gyją daug blogiau. Kalnų darbininkams, kurių meniskai yra pakenkti jų profesinio darbo dėka, nelabai tinka konservatyvus gydymas.

Kiti konservatyvaus gydymo šalininkai puola operatyvų gydymą, tvirtindami tuo, kad neretai pasitaiko, jog kliniškai nustatomas menisko plyšimas; o sąnarį atidarius, randamas jis visiškai sveikas. Jie todėl iš pradžių pataria taikyti konservatyvų gydymą, o operatyvų tik tuomet, kai pirmasis nieko nepadeda,

pvz., pasikartojant nuolat įstrigimams (Mandel, Becker, Schaer). Prityrimas vis delto rodo, kad nemaža trūkusių meniskų dalis konservatyvios terapijos pagalba kliniškai pagyja, daugiau neduodami įstrigimo reiškinių, ir taip pagiję žmonės vėl lieka pajėgūs dirbti ir sportuoti.

L. Böhler neigia konservatyvų gydymą, tvirtindamas, kad trūkusio menisko atvejais geriausia esą taikyti operatyvus gydymas, nes konservatyvus duodąs gerus padarinius tik tais atvejais, kai esančios mažos paviršutinės menisko erozijos; bet ir tuomet esą galima ir be operacijos apsieiti, tiktai ne visais atvejais, kaip kai kurie autoriai tvirtina. Daugelis, net sporto gydytojų, pasak Böhler'io, paprastus kelio sąnarių sumušimus traktuoją, kaip meniskų sužeidimus, todėl labai dažnai tenką girdėti, kad menisko plyšimas pasisekę išgydyti masažais ar įvairiomis lempomis. W. Ehalt sako, kad būtų labai neracionalu, jei trūkusio menisko atveju būtų laukiama jo pasveikimo sąnario imbolizacijos pagalba, išjungiant menisko apsunkinimą, spaudimą ir pažeidimą. Tiek menisko išjungimas, tiek pat ir apkrovimas galį turėti reikšmės gydymui. Jei meniskas yra tikrai trūkęs ir yra susidariusi nemaža erozija, tai jis niekuomet nebesuaugsiąs, nes kremzlė neturinti kraujagyslių (Ribbert), todėl nesą jokios prasmės laukti jos suaugimo. Jei esame tikri, kad meniskas yra trūkęs, tai ir tuomet esą tiksliausia ir naudingiausia atitrūkęs jo gabaliukas operatyviu būdu tuojau pašalinti (Krömer, Ehalt), nes fiksacija čia nieko nepadėsianti.

Operatyvaus trūkusio menisko gydymo šalininkai nėra vieningos nuomonės del pačios operacijos. Vieni, kaip Bier, Magnus, sako, kad trūkęs meniskas reikią pašalinti visas, t. y. kartu su atitrūkusia dalimi, ypač senesniems žmonės, ar esant savaiminiam plyšimui, nes tais atvejais visas meniskas esąs išvisęs. Kiti galvoja priešingai, kad, meniskui trūkus, reikią pašalinti tik jo atitrūkusi dalis (Ehalt, Krömer). Kocher pastebėjo, kad, visiškai meniską pašalinus, susidarąs nedidelis genu varus, kas esą negeistina; todėl iš to išeiną, kad viso menisko pašalinti negalima.

Pasak Bier'o ir Magnus'o, trūkęs meniskas senesniems žmonėms ir savaiminių plyšimų atvejais reikią pašalinti jis visas. Taip galvojant, praėjus 50 metų amžiui, beveik visiems reikėtų pašalinti visi 4 meniskai, kas yra netikslu ir neleistina, nes, atsižvelgiant į jo funkcijos svarbumą, negalima viso menisko pašalinti, kadangi jis eina buferio pareigas ir yra visų svarbiausioji kelio sąnario dalis. Be to, jau seniai yra pastebėta, kad pašalinus visą meniską, po kelerių metų išsivysto sunkūs artritiniai sąnario pakitimai, labai apsunkiną kelio sąnario funkciją. Pfab, eksperimentuodamas su gyvuliais, pastebėjo, kad, pašalinus visą meniską, po kurio laiko išsivystąs arthrosis deformans; todėl nesą teisinga pašalinti jis visas iš sąnario, kaip bereikalin-

ga dalis, nes operuotas sąnarys nesąs matematiškai toks tikslus, kaip buvęs, kaip kad kai kurie autoriai tvirtinę. Pasirėmęs klinišku prityrimu ir eksperimentinių darbų su gyvuliais duomenimis, Böhler tvirtina, kad viso menisko jokiu būdu esą negalima pašalinti; jis esąs priešingas Magnus'o, Bier'o ir kitų nuomonėms.

Peržiūrėję mūsų klinikoje gulėjusių ligonių su menisko plyšimu ligos istorijas, matome, kad iš 15 atsitikimų 9 buvo operuoti, o 6 gydyti konservatyviu būdu (Žiūr. 6-ąją lentelę).

6-oji lentelė.

Operuotieji atsitikimai.

1935 mt.	1936 mt.	1937 mt.	1938 mt.	1939 mt.	Iš viso
3	—	3	—	3	9

Esą netikslu švieži menisko plyšimai operuoti, bet reikią gydyti konservatyviai; o, kai konservatyvus gydymas nieko nepadedąs, tai tuomet tiktai operuoti (Bier). Kaip matyti 6-ojoje lentelėje, devyni atsitikimai iš 15 buvo operuoti. Iš operuotųjų vienas atsitikimas po 2½ mėnesių, antras po vienerių metų, o visi kiti daugiau kaip po 3 metų buvo operuoti. Vadinasi, nė vienas šviežio menisko plyšimo atsitikimas pas mus per 5 metų laikotarpį nebuvo operuotas. Kai kurie gydėsi, įvairiais konservatyvaus gydymo būdais, o šiems nepadėjus, buvo operuoti, pvz., pirmoje ligos istorijoje matome, kad kairiojo sąnario paviršiuje oda yra surandėjusi, nudegusi nuo sollux'o lempos spindulių, kurių pagalba buvo gydomas kelio sąnarys. Kadangi fizikalinė terapija net kliniško pagijimo nedavė, tai ligonis kreipėsi į kliniką operacijai. Kai kurie autoriai vengia operacijos todėl, kad kartais, kliniškai konstatavus menisko plyšimą, o sąnarį atidarius, meniskas randamas visiškai sveikas; tačiau mūsų surinktoje medžiagoje nebuvo tokio atsitikimo, kur operacijos metu būtų buvęs rastas sveikas, netrūkęs meniskas. Operuota buvo įvairiai: dviem trečdaliams visų operuotųjų atsitikimų meniskas buvo pašalintas visas, vienam atsitikimui pašalinta tiktai atitrūkusioji menisko dalis, o dviem atsitikimais tiktai susiūta (žiūr. 7-ąją lentelę).

7-oji lentelė.

Pašalintas visas meniskas	Pašalinta tiktai dalis	Susiūtas meniskas
6	1	2

Iš neoperuotų atsitikimų, kurie buvo gydyti konservatyviai, 5 atsitikimai pateko į kliniką, praėjus 1—3 dienoms, o tik vienas — trims mėnesiams. Dešimtoje ligos istorijoje yra aprašyta, kad po buvusio pažeidimo trūko meniskas, kuris, tuojau atvykus į kliniką, buvo konservatyviai gydomas. Kliniškai pasveikęs pacientas išvažiavo namo; bet po trejų metų kelio sąnarys vėl patinęs ir pradėjęs skaudėti, ir todėl vėl atsigulęs į kliniką, kur buvęs pritaikytas jau operatyvus gydymas.

Kai kurie autoriai tvirtina, kad meniskas regeneruojąs, bet regeneracija einanti labai iš lėto ir užsipildo naujais audiniais (Möller, Bircker). Labai svarbu ir įdomu, ar regeneratas yra tik savo išorine išvaizda panašus į buvusį meniską, ar histologiškai ir fiziologiškai panašus, kaip restitutio ad integrum. Todėl stengiamasi išaiškinti bandymais su gyvuliais. Pasirodė, kad, bandant su vienos rūšies gyvuliais, gaunama vienokių, su kitais — kitokių rezultatų. Su viena gyvulių rūšimi darant bandymus (Pfab), kaip, pvz., su avimis, esąs gautas arthrosis deformans, kaip menisko ekstirpacijos padarinys, todėl atliktų su gyvuliais bandymų duomenys nevisada galima žmonėms pritaikyti. Be to, duomenys eksperimentuojant nevisuomet gaunami vienodi ir su tais pačiais gyvuliais. Kai kurie tyrinėtojai randa, kad regeneravęs meniskas histologiškai esąs panašus į randinį audinį. Becker turėjo gana įdomų atsitikimą: praėjus 14 mėnesių po menisko ekstirpacijos, del atkryčių vėl buvo operuota ir rastas regeneravęs meniskas, savo išorine išvaizda labai panašus į normalų, su išilginiu plyšimu ir atitrūkusios dalies išnirimu į sąnarinį tuštymą. Patologai nustatė, kad tat esąs menisko audinys. Šitas atsitikimas gautas todėl, kad operuojant buvo apsaugota parakapsulinė regeneracijos sritis, kuri, pagal Henschen'o tyrinėjimus, esanti būdinga gerai išsivysčiusiam arteriniam tinklui, todėl, meniską ekstirpuojant, svarbu ji apsaugoti.

Operacijos technika.

Operacijos technika mūsų klinikoje taikoma šitokia:

Ligonis guldomas ant operacinio stalo aukštielninkas; operuojamą galūnę dezinfekavus, ji nuleidžiama per stalo galą žemyn kaboti, ir tuo būdu pati savaime susilenkia stačiu kampu per kelio sąnarį. Traukiant blauzdos ir letenos svoriui žemyn, žymiai padidėja sąnarinis tarpas, kas labai yra svarbu operuojant, nes tuomet geriau galima pamatyti meniskai. Be to, kai koja kabo nuleista per kelio sąnarį, galima ji lengvai pasukti į vidų ir į išorę, addukuoti ir abdukuoti, kas palengvina meniskų apžiūrėjimą in situ.

Pjūvis daromas 5—7 cm ilgumo; vidinio menisko plyšimo atveju jis būna ties condylus medialis tibiae, o išorinio — ties condylus lateralis, skersai ligamenta collateralia, o koją ištie-

sus per kelio sąnarį, pjūvis susidaro įstrižas. Svarbu nesužeisti ligamenta collateralia. Sutvarkius plyšusį meniską, žaizda užsiuvama ir uždedamas gipsinis tvartis, kuris, praėjus 7—10 d. ir ištraukus siūlus, nuimamas. Tada uždedama cinkleimo tvartis, ir tuomet leidžiama ligoniui vaikščioti. Kai kurie autoriai, vietoje gipsinio tvarčio, operuotajai galūnei fiksuoti vartoja Braun'o tvėrę. Dažniau operuojama bendrinėje eterio narkozėje, negu vietinėje anestezijoje.

Operatyvaus gydymo rezultatai.

Pagal Herbrand'o statistiką daugumos konservatyviai ruptura menisci gydytų padariniai esą blogi, tik 20% geri, o operatyvaus jau 80% geri. Vadinasi, operatyvus gydymas duoda 4 kartus geresnius padarinius, negu konservatyvus. Visai kitaip atrodo Hauser'io statistika, kur konservatyviai gydant buvo gauta 85% patenkinamų padarinių, o operatyviai — tik 77%. Bircher tat aiškina tuo būdu, kad ten, kur buvo konservatyviai gydoma, nebuvusi tiksli diagnozė ir dauguma tų atsitikimų nebuvę menisko plyšimai; o operuotųjų atsitikimų dauguma buvę sunkūs menisko sužeidimai su kartotiniais įstrigimais, kur konservatyvus gydymas negalėjęs duoti teigiamų padarinių.

Krömer turėjo 111 ruptura menisci atsitikimų, iš kurių:

apdraustųjų	buvo	60	asmenų	59	vyrai ir	1	moteris
neapdraustųjų	„	51	„	39	„ „	12	„
Iš viso	„	111	„	98	„ „	13	„

Visi 111 atsitikimų buvo operuoti. Apdraustieji vidutiniškai gydęsi po 48 dienas, o neapdraustieji — po 33 dienas. Po 4 metų vienas miręs kažkuria kita liga. Praėjus 7 metams ir patikrinus likusius 110 žmonių, kurie buvo operuoti, nustatyta:

91 — 84% visai gerai pasveikę, 19— 16% gerai pasveikę;

iš neapdraustųjų	51	atsitikimo	47	(92%)	visai gerai pasveikę
„ apdraustųjų	59	„	44	(75%)	„ „ „ ;
„ neapdraustųjų	51	atsitikimų	4	(8%)	gerai „
„ apdraustųjų	59	„	15	(25%)	„ „

Krömer laiko visai gerai pagydytais tuos atsitikimus, kai nei objektyviai, nei subjektyviai nepastebima jokių trūkumų, neigiamai atsiliepiančių į sąnario funkciją. Gerai — kai objektyviai nepastebima jokių trūkumų, kurie galėtų neigiamai atsiliepti į sąnario funkciją, bet subjektyviai operuotasis skundžiasi jaučiąs skausmus vaikščiodamas, esą sunku vaikščioti, greitai pavargstąs kiek pavaikščiojęs ir t. t.. Objektyvių trūkumų Krömer nepastebėjo nė pas vieną iš 110 atsitikimų. Nė pas

vieną nebuvo pastebėta nei raumenų atrofijos, nei sąnario paslankumo sumažėjimo, visiems 110 atsitikimams išlikęs aktyvus sąnario paslankumas nuo 180—70° ir daugiau.

Išvados.

1. Mūsų Chirurginėje klinikoje meniskų plyšimai daugiausia pasitaikė jauniems žmonėms. Du trečdaliai visų pacientų turėjo iki 30 metų amžiaus.

2. Nė vienas šviežias menisko plyšimo atsitikimas per penkerius metus nebuvo operuotas. Visi šviežieji menisko plyšimo atsitikimai buvo gydyti konservatyviai.

3. Konservatyviai gydant meniskų plyšimus, negavus teigiamų padarinių, kaip matyti iš 10 ligos istorijų, buvo pavartotas operatyvus gydymas, k. a.:

a) menisko susiuvimas,
b) dalinis menisko pašalinimas,
c) visiškas menisko pašalinimas.

4. Kadangi kelio sąnaryje meniskas eina buferio pareigas ir yra visų svarbiausioji sąnario dalis, tai, atsižvelgiant į jo funkcijos svarbumą, negalima pašalinti viso menisko. Bet nepaisant to, mūsų klinikoje šešis kartus daugiau buvo padaryta visiškų ekstirpacijų, negu dalinių. Visiškos ekstirpacijos buvo darytos visais tais atsitikimais, kur trūkusio menisko dalys buvo susiraičiusios, sudriskusios. Keturiais atsitikimais buvo rasta meniskuose patologiškų pakitimų, todėl, juos palikus, būtų buvę maža naudos. Visi operuotieji atsitikimai buvo seni, plyšimai buvo susidarę daugiau, kaip prieš 3 metus, ir tik vienu atsitikimu praėjus pustrečio mėnesio.

5. Daugumos autorių statistika rodo, kad plyšusio menisko operatyvaus gydymo padariniai būna geri 70—95%, vidutiniškai — 80%. Todėl šitas procentas yra kiek žemesnis, negu kitų organų operatyvaus gydymo.

6. Mūsų klinikos meniskų plyšimo statistika yra maža, palyginus su kitų kraštų klinikomis, bet, palyginus su kitomis mūsų ligoninėmis, nėra maža. Pvz., buvusioje Kauno žydų ligoninėje pagal gyd. B. Zacharino statistiką 1937 m. nebuvo operuota nė vieno atsitikimo su menisko plyšimais, o 1938 m. tik 2 atsitikimai.

7. Be abejo, įvairių profesijų žmonės turi meniskų plyšimų nepalyginti daugiau, negu jų buvo mūsų klinikoje ir kitose ligoninėse, bet vieni jų nesioperuoja dėl įvairių priežasčių, o kiti, kaip įvairūs sportininkai važiuodavo operuoti savo sužalotus meniskus pas Böhler'į, Formanitti ir į įvairias privačias klinikas. Sakysime, per 1938 metus ir 1939 m. prof. V. Kuzmos ligoninėje buvo operuoti 4 atsitikimai dėl ruptura menisci medialis, 1 atsitikimas dėl ruptura menisci lateralis sin.

8. Paėmę mūsų klinikos operuotuosius 9 atsitikimus dėl ruptura menisci ir prof. V. Kuzmos ligoninės 5 atsitikimus, kartu, turėsime 14 operuotų atsitikimų, kurie visi buvo patikrinti. Visi gana gerai vaikščioja be jokių trūkumų, tik 4 iš jų turi operuotosios kojos mažo laipsnio genu varus, kuris vaikščiojimui beveik nekliudo (prof. V. Kuzma).

9. Padarius trūkusio menisko operaciją, būna labai didelis pavojus užsikrėsti, bet mūsų klinikoje nė kartą nepasitaikė.

10. Dažnai, padarius meniskų operaciją, susidaro sąnario hydrops, ko pas mus nė kartą nepasitaikė. Paprastai sąnario hydrops tuomet retai tepasitaiko, kai, padarius operaciją, tinkamai uždedamas gipsinis tvartis. Jei, padarius menisko operaciją, vietoje gipsinio tvarčio, vartojama kojai fiksuoti Braun'o tvėrė, tuomet yra daug daugiau galimumų sąnario hydrops'ui susidaryti.

Literatūra.

1. L. Böhler: Technik der Knochenbruchbehandlung. 1938, B. II.
2. R. Demel: Diagnostik Chirurgischer Erkrankungen. 1938, Wien.
3. W. Ehalt: „Munch. Med. Woch." 1939.
4. H. Fridrich: Über Meniscusregeneration. „Zbl. f. Chir." 1937.
5. Garrè, Borchard: Lehrbuch der Chirurgie 1935.
6. H. Heldt: „Zbl. f. Chir." 1938, 40 nr.
7. Krömer: „Der Chirurg", 1937, H. 12.
8. Ribberts: Patologische Anatomie.
9. G. Magnus: „Zbl. f. Chirurgie". 1938.
10. Schaer: Der Meniskusschaden, 1937
11. Schumm: „Zbl. f. Chirurgie". 1937.
12. Zacharinas: „Medicina", 1939.
13. Zacharinas: „Medicina". 1940.
14. Bier, Braun, Kümmel: Chirurgische Operationslehre.

По вопросу о повреждениях мениска коленного сустава.

В Ковенской Университетской Хирургической Клинике в течение 15 лет были лечимы 15 больных с разрывами мениска. Десять пациентов были мужчины и пять женщин. Из 15-ти разрывов мениска в 14-ти случаях был поврежден медиальный и только в одном случае — латеральный мениск. Мениски левого колена были повреждены в 9 случаях, а правого — в 6 случаях. Разрыв мениска чаще случился молодым людям; две трети всех пациентов имели не более 30 лет.

Ни в одном свежем случае разрыва мениска не было применено оперативное лечение в течение 5 лет. Все свежие случаи разрыва мениска были лечимы консервативно. От консервативного лечения не получив положительных результатов, было применено оперативное лечение. Из 15 случаев в девяти было применено оперативное лечение, а в 6 случаях, попавших в клинику чрез несколько дней после повреждения, было применено консервативное лечение.

Оперировали различно: в 6 случаях был экстирпирован весь мениск, в одном случае была произведена частичная экстирпация и в двух случаях мениск был сшит. Экстирпация всего мениска была произведена в тех случаях, где части разорвавшегося мениска были найдены свернувшимися, порванными. В 4 случаях в менисках были найдены патологические изменения, поэтому оставить их было бы безполезно. Все оперированные больные были проверены; четыре из них имеют genu varum небольшой степени, не мешающее ходьбе; все ходят достаточно хорошо.

Zur Frage der Verletzungen des Meniscus des Kniegelenkes.

Zusammenfassung.

Im Laufe von 5 Jahren sind an der Chirurgischen Univ.-Klinik zu Kaunas 15 Patienten mit ruptura menisci behandelt worden. Unter diesen waren 10 Männer und 5 Frauen. In 14 Fällen war ruptura menisci medialis und in einem Fall — ruptura menisci lateralis.

In 9 Fällen war eine Verletzung des Meniscus des linken Knies und in 6 Fällen eine Verletzung des rechten Meniscus.

Am meisten fand man ruptura menisci bei jungen Leuten.

2/3 aller Pacienten waren bis 30 Jahren alt.

Es wurde kein frischer Fall operiert, behandelt wurde konservativ.

Operiert wurde nur, wenn man nach konservativer Therapie keine positive Resultate erzielte.

Unter allen Pacienten, welche nach Verletzung des Meniscus sich an unsere Klinik wendeten, wurde in neun Fällen chirurgische Therapie angewendet und in sechs Fällen konservative.

Man wendete verschiedene operative Eingriffe an: in 6 Fällen totale Meniscusexstirpation, in 2 Fällen wurde der verletzte Meniscus zugenäht. Nur wo der Meniscus gänzlich zerstört war, wendete man absolute Exstirpation an. In 4 Fällen fand man pathologische Veränderungen des Meniscus; deswegen exstirpierte man in diesen Fällen den Meniscus.

Nach der operativen Therapie wurden die Patienten geprüft. Alle können gut gehen. Vier unter diesen Patienten haben eine kleine Grad von genu varus, welcher beim gehen nicht stört.

Gyd. J. Mikelėnas.
(Biržai)

Difterijos profilaktika.

(Pagal prof. d-rą J. Katche, Breslave, doc. med. d-rą E. Darzinš'ą Rygoje' ir Lietuvos bei Latvijos Viešosios sveikatos apžvalgos statistinius duomenis).

Difterija (di) dažniausiai pasitaiko rudenį. Ligai plisti padeda klimatinės ir atmosferinės sąlygos, nepakankamas vitaminų suvartojimo kiekis, gyventojų susikimšimas ir judėjimas.

Bet yra pastebėtas savotiškas difterijos susirgimų skaičiaus bangavimas. Jis vokiečių yra vadinamas „säkularen Wellen". Per daugelį dešimčių metų susirgimų skaičius gausėja, o vėliau per eilę metų vėl mažėja. Taip apie praėjusio šimtmečio vidurį Vokietijoje buvo pastebėtas susirgimų di skaičiaus kasmetinis didėjimas, kuris, pasiekęs aukščiausį tašką 1880 metais, pradėjo mažėti iki 1927 metų. Nuo 1927 m. susirgimų di banga tiek Vokietijoje, tiek ir Lietuvoje, kasmet kyla. Tat aiškiai rodo čia pridedama 1-oji lentelė.

Di bacilų platintojai.

1. Rekonvalescentai per 2 savaites po persirgtos ligos 40% ir per 4 savaites 12% dar platina di bakterijas.
2. Sąlytiniai bacilų nešiotojai — tai asmenys, kurie, nuo ligonių gavę bakterijų, patys nesuserga, bet nešioja savo gerklėje ir platina di vidutiniškai 10 dienų.

1-oji lentelė.

Difterijos susirgimai ir mirimai:

Metai	Lietuvoje		Vokietijoje		Latvijoje
	Sirgo	mirė	Sirgo	mirė	Sirgo
1926	328	249	—	—	—
1927	356	187	33.542	1.695	—
1928	282	149	41.160	2.380	—
1929	555	278	49.032	3.113	—
1930	1.263	580	70.024	4.282	—
1931	952	381	50.140	3.095	790
1932	936	307	64.138	2.974	932
1933	1.128	311	74.559	3.628	758
1934	2.052	446	114.007	4.807	1.014
1935	2.268	521	132.930	5.795	—
1936	2.160	388	149.971	5.787	—
1937	3.695	441	146.733	5.387	—
1938	—	—	149.495	5.286	—

3. Inkubaciniai bacilų nešiotojai.

4. Nuo Löffler'o laikų yra ginčijamas klausimas, ar gyvuliai platina di. Vertas dėmesio Kisskalt'o pranešimas, kad ūkyje, kur 3 vaikai per vieną savaitę buvo mirę nuo di, karvės makštyse rasta di bacilų.

Apskaičiuojama, kad Berlyne tik 2,4% apsikrečia nuo ligonių, o 97,6% — sąlytyje su bacilų nešiotojais.

Bretonneau skiria dvi di formas — krupą ir toksinę di, o Escherich — tris formas — lokalizavusias, progresuojančias ir toksiškai progresuojančias.

Pasitaiko ypatingai sunkus di pavidalas, vadinamas di maligna. Prof. J. Katche Breslavo ligoninėje, iš 3.300 buvusių ten per 5 metus di susirgimų, rado 7% di maligna.

Di maligna. Šitas pavidalas dažnai neatskiriamas nuo skarlatinos, nekrozės ar Plaut-Vincent'o anginos, tonsilinių pūlynų ir todėl dažniausiai pradedamas per vėlai gydyti.

Di maligna simptomai: veido išblyškimas; odos, atšalimas, net ir pakilus kūno temperatūrai; vėmimas; mažas rijimo pasunkėjimas; ant tonsilinių liaukų, vėliau pereinančių ant minkštojo gomurio, gelsvų, vėliau tamsėjančių plėvelių išsivystymas; vėliau patįsta kaklas iki krūtinės (cesorių apykaklė); iš burnos dvokia nemalonus klijaus kvapas; temperatūra pakyla iki 37°, 38° ar 40°.

Pasirodo ir myokardito reiškiniai, zovados tvinksnis, bradikardija ar tachikardija, sistolinis ūžesys, kraujospūdžio kritimas, organų patinimai, sąmonės netekimas, vėmimas, mirtis.

Audringai ligai žengiant, mirtis įvyksta po kelių valandų. Ramon'o ir Diourichtsch'o įrodyta, kad di maligna sukelia di bakterijos kartu su hemolytiniu streptokoku. Dar manoma, kad di maligna pareina nuo vaiko konstitucijos, nuo savotiškos jo alergijos (hiperergijos).

Bakteriologinė di diagnostika. Pakeitus Löffler'o tyrimo būdą nauja Tellur'o maisto medžiaga, išauginamos termostate di kolonijos, iš kurių pavidalų atskiriamos trys di bakterijų rūšys: gravis, mitius ir intermedius.

Šitos rūšys ir sukelia skirtingus pagal sunkumą di susirgimus. Epidemiologiškai — tai didelė pažanga, bet praktiškos vertės ligoniui šitas tyrimas neturi, nes jis trunka vieną ir net dvi paras, duoda 25—35% teigiamus padarinius. Gydytojas praktikas prie ligonio lovos, įtaręs di, privalo tučtuojau veikti, nelaukdamas nė valandos, nes, laukdamas tyrimo padarinių, gali pavėluoti su gydymu.

Difterijos terapija. Prieš serumą atrandant, di gydymo vaizdą O. Heubner piešia šitaip: „Anksti rytą maži ligoniai gabenami į kliniką su sunkiu krupu, apie vidurdienį juos intubuoja, ar tracheotomuoja... vakare jie miršta. Taip šita drama kartojasi per ištisus žiemos mėnesius. Asistentai ir slaugytojai to nebegalėjo pakęsti. Atrodė, kad būtų mušama galva į metro storumo sieną".

Prof. Behring atrado di serumą. 1894 mt. Budapešto kongrese E. Roux pranešė apie stebuklingus padarinius, gydant di iš arklio kraujo gautu serumu. Di gydyme prasideda nauja era, buvęs 50% mirtingumas krinta iki 6%.

Bet, keletui metų praėjus, prasidėjo nusiskundimai serumu, kad jis nevisuomet ligoniui padedąs. Vėliau buvo išaiškinta ir dabar visoje Europoje yra įsivyravusi nuomonė, kad di serumas padeda tik pirmomis susirgimo dienomis. 4-tą ar 5-tą susirgimo dieną serumas nebepadeda, nes di toksinai jau yra tvirtai susijungę su kūno audiniais ir serumui nebeprieinami, o širdis ir kiti svarbūs organai kartais jau yra toksinų nebepataisomai pakenkti. Čia negalima kaltinti serumo, kad jis nepadeda, kaip negalima kaltinti ugniagesių siurblio, kad jis, užgesindamas gaisrą, negrąžina ugnies sunaikinto turto. Gydytojas praktikas, įtaręs ligonį turint di, privalo tučtuojau įšvirkšti serumo. Serumo neįšvirkštimas yra didelė gydymo klaida. Vokietijoje H. Kleinschmidt'o yra parengtos ir sveikatos centrinės įstaigos išleistos taisyklės — patarimai gydytojams, kaip vartotinas di serumas. Patariama vartoti aukštos koncentracijos serumas, atsižvelgiant į ligonio amžių, kūno svorį, ligos ilgumą, lokalizaciją. Jei plėnelės nenyksta, pirmą švirkštimą suleidus, tai, praėjus 24 valandoms, vėl kartotinas švirkštimas. Skandinavų kraštai vartoja ypatingai didelius di-serumo davinius, net iki 1 milijono A. E. Vokiečiai tik klini-

kose vartoja didelius davinius; šiaip patariama laikytis čia pridedamos 2-osios lentelės.

2-oji lentelė.

Difterijos serumo dozavimas.

Susirgimo vieta ir ligos sunkumo laipsnis	A. E. pro kg	1 mt. vaikui, sveriančiam 10 kg	6 mt. vaikui, sveriančiam 20 kg	11 mt. vaikui, sveriančiam 30 kg
Nosies difterija, lengva gerklės difterija	100—200	2.000	3.000	4.0000
Vidutiniškai sunki gerklės difterija	300	3.000	6.000	9.000
Sunki gerklės difterija	400	4.000	8.000—10.000	12.000—15.000
Toksinė gerklės difterija, krupas, difterija su tymais	500	5.000	15.000	20.000

Anafilaksinis šokas. Prof. Katche nuomone, anafilaksinio šoko pavojus yra perdaug išpučiamas ir perdedamas. V. Pfaundler surinko vokiečių literatūroje tiktai 3 mirties atsitikimus nuo anafilaksinio šoko iš 110.000 kartotinai su daugiau kaip vienos savaitės pertrauka švirkščiamųjų. Šita statistika paimta dar iš tų laikų, kai nebebuvo vartojamas dabartinis gydymo būdas, būtent: prieš įšvirkščiant serumą, kad ligonis desensibilizuotųsi, švirkšiamas pirmas mažas serumo kiekis.

Norint apsisaugoti nuo anafilaksinio šoko, patartina kartu su serumu įšvirkšti 0,3 ar 1,0 adrenalino 1‰; arba jei, serumą įšvirkštus, pasireiškia anafilaksinis šokas, tai tučtuojau švirkštinas ligoniui minėtasis adrenalino davinys.

Difterijos profilaktika. Difterijos serumas sumažino mirtingumo procentą, bet serumas vis tik yra bejėgis kovoti su di ligos plitimu. Liga padaro daug nuostolių tautai, šeimai, vargina ligonį ir jo šeimą, kenkia ligonio sveikatai, daugelį net į kapus nuvaro. Prof. Behring, pamatęs seroterapijos silpnąsias puses, sukruto ieškoti būdų žmonijai apsaugoti nuo difterijos. Ilgai bandęs su di toksinu, jis pasiūlė skiepyti vaikus su di toksino ir antitoksino mišiniu, vadinamu T. A. gaminiu.

Amerikoje, Kanadoje, Austrijoje buvo plačiai pavartotas šito T. A. gaminio skiepijimas, bet tarp įskiepytųjų atsitiko daug užsinuodijimų, net mirties atsitikimų. Tyrimai parodė, kad T. A. junginys yra netvirtas, nuo šalčio toksinas išsilaisvina ir užnuodija įskiepytąjį. T. A. skiepijimas visur buvo uždraustas.

1913 m. Löwenstein Vienoje surado, kad difterijos toksinas, pašvitintas ultravioletiniais spinduliais arba sumaišytas su formaldehidu ir laikomas šiltoje vietoje, nustoja toksinių ypatybių ir tinka skiepijimui. Jis pradėjo daryti bandymus, bet pasaulinis karas nutraukė jo darbą. Pasibaigus karui, Ramon Prancūzijoje tęsė toliau pradėtąjį Löwenstein'o darbą. Jis atoksišką difterijos toksiną pavadino anatoksinu, ir surado būdus jo stiprumui išmatuoti. Jis taip pat nustatė anatoksino stiprumo vienetus, vadinamus antigeninius vienetus.

Silpnas anatoksinas, turįs nedaug antigeninių vienetų, kaip ir silpni raupų skiepai, menkai imunizuoja žmogų.

Madisen ir S. Schmidt Kopenhagoje surado būdus anatoksinui išvalyti. Jie aliuminio hidroksidu absorbavo iš buljono anatoksiną ir pagamino nekensmingą anatoksino skiedinį, kurio 1 ccm turi 100 antigeninių vienetų.

Daug ir ilgai išbandžius anatoksiną su gyvuliais, 1923 metais Prancūzijoje buvo padaryti pirmieji anatoksino skiepijimai vaikams. Iš pradžių buvo vartojamas silpnos koncentracijos anatoksinas, turįs 8 antigeninius vienetus 1-me ccm. Todėl buvo skiepijama per tris kartus. Vėliau pradėta vartoti stipresnis anatoksinas, turįs 20 antigeninių vienetų 1-me ccm. Buvo skiepijama du kartu. Dabar yra rinkoje anatoksino preparatas Al. F. T., kuriuo skiepijama vieną kartą. Tai didelis pliusas, nes masėse pravesti kartotiniai, net trys skiepijimai, neįmanoma.

Di skiepijimų įvertinimo būdai.

1. Schik'o reakcija. Daugelis žmonių ir gyvulių turi kraujyje di antitoksinų. Į žmogaus odą įšvirkštus di toksino ir nesant kraujyje di antitoksinų, įšvirkštimo vietoje įvyksta odos paraudonavimas ir patinimas, vadinasi, gaunama teigiama reakcija. Bet jei žmogaus kraujyje yra di antitoksinų, tai įšvirkštimo vietoje jokio paraudonavimo ir patinimo neįvyksta — neigiama reakcija, nes į odą įšvirkšti di toksinai tuojau antitoksinų panaikinami.

Tautų Sąjunga nustatė Schik'o reakcijai vartotiną di toksino kiekį, būtent: 1/50 di toksino davinio, kuris nunuodija 250 gramų svorio jūrų kiaulytę per 96 valandas.

2. Di antitoksino kiekis kraujyje po skiepijimo anatoksinu. 1924 metais L. Martins įskiepijęs anatoksinu šimtą vaikų, turinčių teigiamą Schik'o reakciją. Įšvirkštus kiekvienam po 0,5 anatoksino, 49 vaikams, antrą kartą įšvirkštus po 1 ccm — jau 87 vaikams ir trečią kartą įšvirkštus — jau 98 vaikams Schik'o reakcija pasidarė neigiama.

Tolimesni Martin'o, Loiseau, Lafaille, Ramon'o tyrimai parodė, kad, įskiepijus anatoksinu, vaiko krau-

jyje labai greitai atsiranda di antitoksinų, ir kad įskiepytieji asmenys įgauna imunitetą prieš difteriją.

3. Epidemijologiški duomenys.

Jau daug yra surinkta statistinių duomenų apie susirgimą ir mirtingumą tarp skiepytų anatoksinu.

Kanadoje iš 10 milijonų gyventojų įskiepytųjų anatoksinu yra 1 milijonas. Susirgimų di skaičius ten sumažėjęs 10 kartų. Dideliuose Kanados Toronto ir Hamiltenos miestuose tarp įskiepytųjų anatoksinu di susirgimų nebepasitaiko.

Niujorke, įvedus šitą skiepijimą, mirtingumas nuo di bent 20 kartų sumažėjo.

Rusijoje mirtingumas nuo di pas įskiepytus 28 kartus mažesnis, negu pas neskiepytus.

Šveicarijoje skiepijimas nuo di yra privalomas.

Italijoje skiepijimas nuo di vedamas valstybės mastu.

Belgijos, Austrijos, Anglijos, Šveicarijos ir kitų kraštų statistikos duomenys aiškiai rodo di susirgimų ir mirtingumo sumažėjimą skiepytųjų tarpe.

Latvijoje nuo 1932 metų daromi di profilaktiniai skiepijimai. Per 1933 ir 1934 m. ten suvartota 85 litrai anatoksino ir įskiepyta 20.000 asmenų. Visi įskiepytieji įregistruojami tam tikruose Sveikatos Departamento išleistuose lapuose. Rygos mieste iš 4.927 įskiepytų per porą metų susirgo di tik 6 vaikai, lengvai persirgdami. Apskaičiuojama, kad įskiepytųjų tarpe bent 15 kartų mažiau pasitaiko di susirgimų.

Doc. Darzin'io pranešimu, Latvijoje buvo pastebėta, kad anatoksino įleidimo vieta parausta, patįsta, pasidaro skaudama; bent pas 30% t°-ra pakilo iki 37,5° ir laikėsi 24 net 28 valandas. Vyresnio amžiaus vaikams (7 ar 8 metų) t°-ra kilo net iki 40°. Kadangi pas penkerių metų vaikus 35%, o pas 12 metų amžiaus vaikus 94% Pirquet reakcija yra teigiama, tai buvo bijoma, kad jiems sudarys pavojaus anatoksino skiepijimas. Tad Latvijos ftiziologai Tiesnieks, Lezdins ir Lerche skiepijo anatoksinu tuberkuliozės sanatorijose vaikus ir jokio tbc. proceso pablogėjimo ar paūmėjimo nepastebėjo.

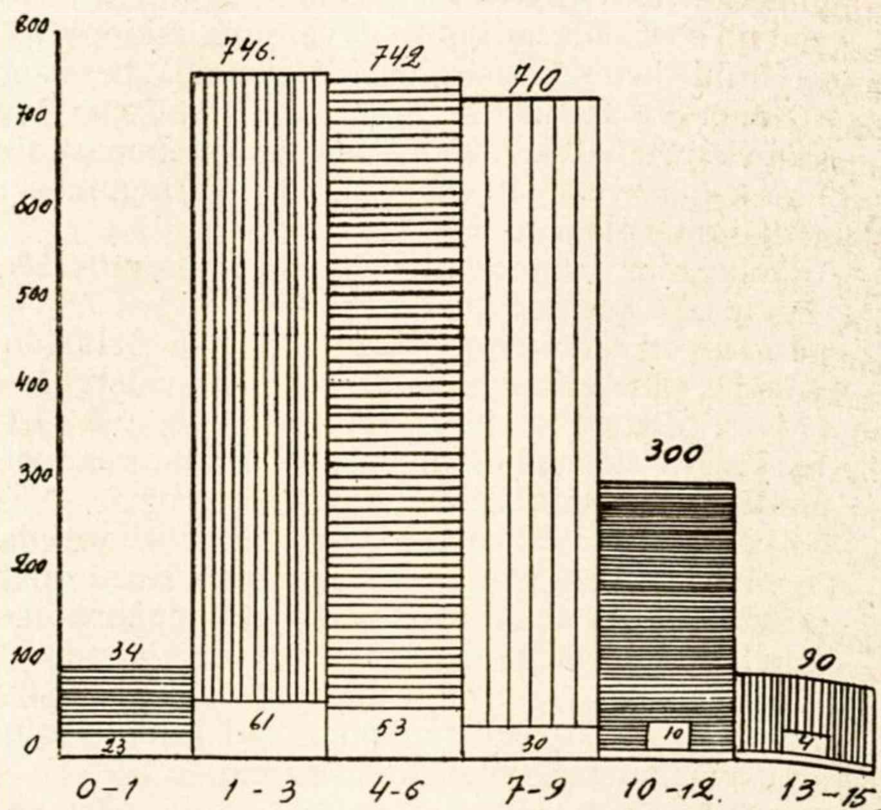
Kiek ilgai užlaiko immunitetą di anatoksinų skiepyti vaikai?

Dar šitoje srityje yra nedaug surinkta duomenų. Taip Ramon 1930 m. ištyrė 39 vaikus, prieš 5 metus skiepytus anatoksinu, ir rado, kad tik vienas iš jų buvo nustojęs savo imuniteto prieš di, kiti, t. y. 95%, turėjo kraujyje užtektinai antitoksinų ir buvo visai apsaugoti nuo susirgimų difterija.

Apskritai, di pavojingas amžius yra nuo 1 iki 10 metų. Iki vienerių metų, o taip pat ir po 10 mt. amžiaus labai retai sergama difterija. Labai gražiai pavaizduoja di susirgimus įvairiais amžiaus laikotarpiais Rygos miesto vaikų tarpe doc. Darzin'io pateiktoji 3-ioji lentelė.

3-oji lentelė.

Rygos mieste nuo 1914 iki 1933 mt. sirgusių (viršuje) ir mirusių (apačioje) difterija skaičiai.



Šiuo metu gaminamu Al. F. T. (Aluminium hydroxid absorbiertes Formol Toksin) preparatu, kuris skiepijamas vaikui tik vieną kartą, reikia mums rimčiau susidomėti ir jis plačiau vartoti difterijos profilaktikai.

Противодифтеритная профилактика.

Число заболеваний дифтеритом в течение ряда лет ежегодно возрастает, а потом постепенно каждой год падает.

С 1927 года в Литве и Германии число заболеваний возрастает, как показывает таблица № 1. Заражаются дифтеритом 2,4% от больных и 97,6% от бацилоносителей.

Дифтеритная сыворотка уменьшила смертность с 50% до 6%, но заболеваемости неуменьшила.

Ряд ученых, начиная Берингом, работали над вопросом о профилактике дифтерита и предложили препарат Al. F. T.

Во многих государствах широко производятся этим препаратом прививки и там число заболеваний уменьшилось в 10 и даже в 38 раз.

Дети с положительной Pirquet реакцией хорошо и без осложнений переносят эти прививки.

И мы должны шире употреблять противодифтеритные профилактические прививки.

Diphtherie - Profilacticum - Frage.

Die Zahl der an Diphtherie Erkrankenden ist in einer Reihe von Jahren jährlich im Wachsen und nachdem beginnt sie wieder in einer Reihe von Jahren jährlich zu fallen.

Vom Jahre 1927 an steigt in Litauen und Deutschland die Zahl der Erkrankenden.

Angesteckt werden die Erkrankenden: 2,4% von Diphtheriekranken und 97, 6% durch Bazillenträger.

Diphtherieheilserum verminderte die Mortalilät von 50% bis 6%, aber es verminderte nicht die Morbidität.

Eine Reihe vom Gelehrten, angefangen mit Behing, arbeiteten an der Diphtherie - Prophylakticum - Frage.

Heute haben wir einen Impfstopf Al. F. T.

In vielen Ländern werden mit diesem Stoff Impfungen im breiten Ausmasse vorgenommen, und dort ist die Zahl der an Diphtherie Erkrankenden 10 bis 38 mal gefallen.

Kinder mit Pirquet - Positiv vertragen diese Impfungen gut und ohne Komplikationen.

Auch wir müssten im grösseren Ausmasse Diphtherie-Prophylakticum-Impfungen anwenden.

Dantų technikas N. Rozentalis.

Pusvainikėliai odontologijoje.

Pusvainikėliai yra plačiai vartojami kosmetikos ir nereikalingumo šlifuoti iš labialės pusės danties dėka.

Labiausiai žinoma metodė danties atspaudui nuimti yra atliekama varinės gilzės ir kerrmasės pagalba, o tatai netikslinga del šių priežasčių:

a) varinė gilzė daugiau apkabina dantį, negu iš tikrųjų yra reikalinga;

b) iš gilzės išspaudžiama daugiau kerrmasės ir apdengiamos nereikalingos dalys;

c) varinė gilzė del savo minkštumo ir aukščiau minėtų **a** ir **b** punktuose neigiamumų nelengvai nuimama nuo danties, visa atspaudo išvaizda nuimant keičiasi ir, savaime aišku, pagaliau jau nebesutampa su dančiu, ir todėl nepasiekiama pageidautinų rezultatų.

Gali atsirasti prie pusvainikėlio vietų, kur bus užsilikę valgio liekanų, be to, cementas aptirpsta, pusvainikėlis pradeda klibėti ir iš po protezės sklinda nuolatinis nemalonus kvapas.

Turint tatai galvoje, šituo straipsneliu norima iškelti galimumas atlikdinėti pusvainikėlius, kurie visiškai atitiktų dantį, ir tuomet pasiteisins pusvainikėlių paskirtis, nes tuo būdu bus išvengta trūkumų, kurių negalima išvengti, atliekant darbą iki šiol priimtomis metodėmis.

Pusvainikėlis 100% turi atitikti savo danties kontūrus, kitaip nebus sulaukta iš jo naudos.

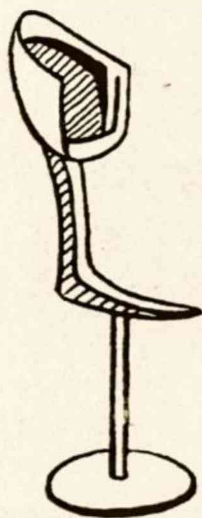
Darbo metodė.

1. Kai dantis yra parengtas pusvainikėliui, paimamas mažas gipsinis atspaudas (kaip šaukštas, galima panaudoti

lentelė su užlenktais galais nuo priešakinių dantų garnitūrų); atspaudas gali apimti ne daugiau kaip liežuvinį paviršių danties, kuriam yra reikalingas pusvainikėlis, o taip pat po pusę gretimų dantų.

2. Pagal gautą atspaudą atliejamas modelis.

3. Pusvainikėlis beveik ligi danties kontūrų išmodeliuojamas iš vaško 0,2 mm storumo, aptepiamas vazelinu ir padengiamas vašku 0,4 mm storumo ligi danties kontūrų.



4. Modeliuotas apatinis 0,2 mm storumo pusvainikėlis išimamas ir pasilieka tik viršutinis 0,4 mm storumo puvainikėlis, prie kurio modeliuojama, kaip žemiau atvaizduota. (žiūr. atvaizdą).

5. Visa tatai galima atlieti iš tam tikro metalo.

6. Gaunama forma, kuri tinka tik tam dančiui ir kurioje telpa tik mažas kiekis kerrmasės, apimančios tik parengtą dantį pusvainikėliui.

7. Šita forma yra labai patogi prilaikymui dviem dešiniosios rankos pirštais ir kairiosios rankos nykščiu.

8. Jeigu pasirodytų, kad dar yra likę atsiskyrusių kabančių kraštų, vad. „unter sich gehende Stellen“, tai metalinė forma nepasiduos, bet masė luš, kas nuimant atspaudą varinio žiedo pagalba praeina nepastebėta.

9. Atspaudas iš karto galutinai nenuimamas, bet, kiek patraukus vėl atgal nustumiamas į savo vietą ir paskui tik galutinai išimamas. Tatai yra būtina, kadangi metalas atliejus susitraukia tiek, kiek išsiplečia per du nuėmimu.

10. Gavę tikslų atspaudą, atmodeliuojame sulig danties kontūrų, kurie gana aiškiai atsižymi, ir, atlieję iš aukso su 10% platinos, gauname dančiui tinkamą pusvainikėlį.

Полукоронки в одонтологии.

До сих пор все методы снятия мерок для изготовления полукоронок сводились к трафаретному методу. В итоге достигались нежелательные результаты. Поэтому предлагаю новый испробованный метод, выражающийся в индивидуальном подходе к каждому случаю, чем достигается абсолютное соответствие полукоронки с контуром зуба.

Каждому зубу приготовляется специально отлитая металлическая форма, при помощи которой получают точную мерку для изготовления полукоронки.

Halbkronen in der Zahnheilkunde.

Alle bis jetzt angewandten Methoden zur Massentnahme für die Herstellung von Halbkronen waren zu sehr einheitlich, wodurch unerwünschte Resultate erzielt wurden. Deshalb wird eine neue Methode empfohlen, die individuell für jeden Fall angepasst wird, dadurch wird völlige Übereinstimmung der Halbkrone mit den Zahnkonturen erzielt.

Für jeden Zahn wird speziell ein metalischer Abguss gemacht, mit Hilfe dessen man ein genaues Mass für die Herstellung der Halbkrone erhält.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

28. M. I. Mostkovyj: **K voprosu o lečenii profuznych gastroduodenalnych krovotečenij.** (Profuzinių gastroduodeninių kraujavimų gydymo klausimu) („Klinič. Med." 1940 m. 6 nr.).

Vieni autoriai maną, kad didesnis mirtingumas skrandžio - dvylikapirštės žarnos opų atveju esąs jas gydant chirurgiškai, kiti — konservatyviai.

Pasak daugelio autorių, dalyko esmę išaiškinančios šios aplinkybės: 1) nesą tikrumo, kad konservatyvus gydymas sustabdysiąs kraujavimą; 2) ryždamasis operuoti chirurgas negalįs būti tikras rasiąs kraujavimo priežastį (vietą); 3) nuoperavus ir išleidus ligonį, chirurgui kyląs klausimas, ar nebūtų palikęs gyvas pacientas ir konservatyviai gydomas.

Virškinamuosiuose takuose vykstą daug įvairių reiškinių, kurie išryškiną šitų susirgimų padėtį. Iš pagrindinių momentų, apsaugojančių nuo kraujavimų, esą tai ramumas ir kraujuojančių organų susitraukiamumas. Skrandžio kraujavimas galįs sustoti tik tada, kai skrandis esąs tuščias, neišsiplėtęs ir gerai susitraukiantis. Vėžio atveju šitos sąlygos esančios, gi opos atveju — jų nebūną. Poemnyj išaiškinęs, kad kraujas nuo HCl labai greitai sukrešąs gana standžiais krešuliais, kurie, pripildę skrandį, išplečią jį, tuo būdu sutrukdydami jam susitraukti ir sustabdyti kraujavimą. Ir kuo didesnis esąs pavojus išsiplėsti skrandžiui del krešulių, tuo prognozė eanti blogesnė.

Autorius suklasifikuoja atsitikimus, kuriam gydymo būdui kuris priklausąs. Jei ligonis kraujuojąs, arba nukraujavus susidariusi didelė anemija, bet be vėmimo reiškinių, tai reikią gydyti konservatyviai: ramumu (2 dienas visiškai be jokio maisto), kartotiniu kraujo perpylimu po 150—200 ccm. Kraujas, reikią kasdien tirti. Po 8—10 d., pasitaisius stoviui, patartina operacija (geriausia, rezekcija), jei tikrai esanti opa.

Jei ligonis kraujuojąs vemdamas ir nesą kraujo ligų, tai patartinąs vienkartinis perpylimas 70—100 ccm kraujo, kad išvengtų kolapso, ir neatidėliotina laparotomija. Čia, pagal reikalą, daroma rezekcija arba gastroenterostomija. Gastroenterostomija irgi pakankamai atlaisvinanti skrandį nuo prisipildžiusių masių ir sustabdanti tuo būdu kraujavimą, nors kartais ir kraujavimo vieta nesurandama.

Padarius gastroenterostomiją arba rezekciją, vis tiek skrandis išlaisvinamas nuo prisirinkusių krešulių ir pašalinamas skrandžio išsiplėtimo, o tuo pačiu ir kraujavimo pavojus. Po to reikią padaryti didelių kraujo kiekių (500—600 ccm) perpylimų, nebijant kraujo spaudimo padidėjimo.

Tam pavaizduoti autorius aprašo ištisą eilę atsitikimų, panašiai gydytų su gerais padariniais.

Gale autorius daro išvadą, kad visais atvejais, kada būna vėmimas, būtina operacija (gastroenterostomija); o kada nėra vėmimo, reikalingas tiktai konservatyvus gydymas. Pageidautina visada atlikti kraujo perpylimas. Jei tat negalima, tai vis tiek operuotina, pasitenkinant mažiausiu įsikišimu — gastroenterostomija. *K. Ambrozaitis.*

29. B. H. Dubinskaja: **„Osnovy sovremennych metodov lečenija anemii.** (Anemijos mūsų laikų gydymo pagrindai) („Vrač. Delo" 1939 m. 9 nr.).

Suradus kraujo forminius elementus, visas farmakologijos ir patologijos dėmesys buvęs nukreiptas į kraujo kūnelių ir juose esančio Hb sumažėjimo priežasties suradimą. Vėliau buvusios surastos ir priemonės prieš tuos vyksmus, kuriomis pasirodė pirmiausia geležis, manganas, varis ir arsenas. Naujesniais laikais, pradėjus vartoti gydymui kepenų preparatus, tų priemonių skaičius dar padidėjęs. Pasirodę, kad farmakologiškai veikiančių

preparatų skaičius kraujo ligų atveju esąs labai mažas, palyginti su tuo gausumu preparatų, vartojamų kitų surigimų atvejais.

Suradus metodes, įgalinančias nustatyti efektingą įvairių preparatų veikimą anemijai, studijos apie geležies gydomąją galią buvusios pastatytos į tikrą kelią. Tokiu efektingo veikimo rodikliu anemijos atveju pasirodę ne tik sugebėjimas sekti eritrocitų ir Hb kiekio kraujyje, bet ir retikulocitų skaičiaus svyravimas. Retikulocitų kiekio svyravimas pasirodęs kaip svarbus anemijų pagerėjimo matas, gydant jas metalinės geležies junginiais (ferrum pulveratum, ferrum reductum).

Starkenstein'o, Naegeli, Lindberg'o, Moravitz'o Vlados, Dulcin'o, Minot'o ir kit. tyrinėjimai parodę, kad šitų geležies junginių vartojimas mažais daviniais, po 0,1 pro die, negalįs duoti laukiamo efekto. Gydomajam efektui gauti reikią duoti dideli daviniai. Naujas supratimas apie geležies preparatų dozavimą įnešęs labai daug naujo į kraujo ligų gydymą.

Naegeli'o darbuose nurodoma, kad svarbiausiu terapinių rezultatų rodikliu, gydant kraujo ligas geležimi, esanti retikulocitų kiekio didėjimo kreivė kartu su eritrocitų ir Hb kiekių pakitimais.

Visi preparatai, minimi kraujo ligų terapijoje, pagal Starkenstein'ą galima esą suskirstyti į šias 4-rias grupes:

Pirmoji — tat sudėtiniai geležies preparatai su organiškai sujungta geležimi. Pirmosios grupės atstovu galįs būti Hb. Bet Hb netinkąs terapiniams tikslams todėl, kad jis virškinamuosiuose takuose neskyląs iki įsisiurbtinų geležies junginių.

Antroji grupė apimanti oksiduotus organinius - baltyminius geležies junginius, k. a.: ferrum oxyd. sacch., ferrum albuminatum, ferrum peptonatum. Šitie junginiai esą pastovūs esant stipriai šarminei reakcijai, bet esant normaliam mūsų organizme pH, jie lieką nepastovūs. Jie virstą organizme paprastais oksido hidratais, kuriuos užtinkame ir augaliniame maiste. HCl veikiant skrandyje vykstanti geležies redukcija; bet, kadangi tai vyksta labai silpnai, tai praktiškos reikšmės nesą.

3-čiajai grupei priskiriami sudėtiniai citrininės, obuolinės rūgščių geležies junginiai geležies druskų pavidalu. Jos rodančios farmakologišką veikimą ir mažais daviniais, bet greitai įsisiurbdamos ir išsiskirdamos iš organizmo, matyti, per taip trumpą laiką nesuspėjančios išvystyti gydomojo efekto.

Paskutinei grupei priklausą neorganiški geležies oksidai. Šitie junginiai lengvai tirpstą, greitai jonizuojąsi ir lengvai įsisiurbią į organizmą. Jie esą vieninteliai ne tik farmakologiškai, bet ir kliniškai veiklūs preparatai. Ferrum reductum duodąs geriausius padarinius anemiją gydant. Jis išvystąs savo veikimą pereidamas į oksiduotą pavidalą. Jonizacijos stadijoje įvykstąs įsiurbimas viršutinėje dvylikapirštės žarnos dalyje (Starkenstein). Skrandyje geležies oksido junginiai, HCl veikiami, virstą į $FeCl_2$, kuris jau galįs įsisiurbti. Panašiai vykstą ir su geležimi, patenkančia su maistu į skrandį. Ji irgi, tik $FeCl_2$ virtusi, teįsisiurbianti.

Minėtini dar ferrum sulfuricum, ferrum lacticum, ferrum carbonicum ir ferrum bicarbonicum, kuris randamas turtinguose geležimi mineraliniuose vandenyse. Šitų junginių trūkumas, kad jie esą pastovūs tam tikroms sąlygoms esant. Oksidacijos įtakoje kai kurie iš jų labai greitai pereiną į geležies oksidų druskas ir del to nustoją tirpstamumo .Tuo aiškinamas ir pil. Blaudii bei ferrum lacticum neveiklumas. Mineraliniai geležies vandenys yra irgi panašiai neaktyvūs. Terapinis veikimas kurortuose gaunamas, kai geriama švieži, gana dideliais kiekiais ir ilgesnį laiką vandenys.

Dozuojant metalinę geležį, reikią prisiminti aktyviausi preparatai: ferr. reductum ir ferrum pulveratum. Šitais pavidalais geležis geriausiai veikianti.

Mažais daviniais geležis neparodanti terapinio efekto. Svarbu prisiminti ir skrandžio rūgštingumas, nes HCl veikiant susidarą aktyvūs geležies junginiai — $FeCl_2$. Geležies preparatai, surišdami HCl, sumažina jos kiekį skran-

dyje ir del to dažnai būną nepakankamai HCl tiesioginei jos paskirčiai. Atsižvegdamas į menką geležies preparatų rezorbciją, Kaznelson patariąs duoti, pvz., ferrum hydrog. reductum dideliais daviniais, būtent, po 3,0—10,0 per dieną. Ferrum chloratum galima esą vartoti ir mažais daviniais, būtent, po 0,1, gaunant tuos pačius padarinius, nes čia geležis įvedama jau parengta įsisiurbimui forma ($FeCl_2$), o, be to, ir HCl jau nebereikalinga. Užtat $FeCl_2$ ir esąs vienas iš geriausių geležies junginių, nes jis turįs visas savybes, kurios reikalaujamos iš geležies, kaip iš gydomosios priemonės.

Geležis turinti reikšmės ne tik kaip gydymo priemonė anemijų atvejais, bet ji veikianti, kaip audinių „kvėpavimo" dirgintojas (katalizatorius). Iš arseno junginių geriausiai veikią kraujo ligų atvejais kaip tik As_2O_3 ir As_2O_5. Arsenas ypač gerai veikiąs piktybinės anemijos atsitikimais: ir bendrinis stovis ir kraujo vaizdas pagerėją ir ligos reiškiniai pranykstą, o kitas anemijų rūšis ne taip gerai veikiąs (Bramwell). Arsenas duodamas mažais didėjančiais iki tam tikro laipsnio daviniais. Daromos pertraukos, norint išvengti organizmo „pripratimo" prie tam tikro arseno davinio. Tas pripratimas nesąs celinis, kaip prie alkoloidų. Jis aiškinamas rezorbcijos pro virškinamųjų takų sieneles sumažėjimu. Arseno davinys didinamas todėl, kad, gaudamas tą patį davinį, organizmas kas kartas vis mažiau pasisavinąs arseno, o didesni daviniai verčią organizmą daugiau jo susiurbti.

Daug preparatų, kaip, pvz., manganas, kobaltas, įvedama į vaistų sąrašą todėl, kad jie priklauso tai pačiai cheminei grupei, kaip geležis. Tačiau jie esą visiškai neveiklūs. Varis kai kurių gyvulių kraujyje atliekąs tokias pačias funkcijas, kaip geležis žmogaus organizme. Dar neišaiškinta, ar varis galįs ir žmogui turėti tokį gydomąjį veikimą, kaip kad geležis. Vario ($CuSO_4$) kartu su geležimi teikiama vaikams. Matyti, vaikams nepakanką to vario kiekio, kurį turi suaugusieji.

Pagaliau, Whipple, Minot'o ir Murphy kliniškais stebėjimais pasirėmus, įvestas į piktybinės anemijos gydymą dietinis gydymas kepenimis.

Whipple, Robscheit - Robbins, Minot, Murphy'mano, kad kepenų veikimas reiškiasis tiktai eritrocitų stromai reikalingos plastinės medžiagos pristatymu. Kepenys ir kepenų preparatai įvedami į organizmą enteraliai ir parenteraliai. Vartojami šie preparatai: campolon, heprakton, hepatrot, hepalon ir t. t. Žiūrima, kad 2 ccm kepenų preparato atitiktų 500—600 g. šviežių kepenų. Žalios kepenys duodamos po 300—400 gr. kasdien, suskirščius tai į du davinius. Vartojama ir pylorinė skrandžio dalis. Gydymas kepenimis kombinuojamas su ac. muriaticum. Vartojami ir sausi kepenų preparatai, pvz., Sovietuose gastrokrin (po 15,0 2xd. 1 val. prieš valgį), gastrinol ir kt. Gydymas trunka tol, kol ne tik subjektyvus ir objektyvus reiškiniai pranyksta, bet ir kraujo vaizdas pagerėja.

Gydant piktybinę anemiją, reikią dar priminti bendrinis režimas, dieta, klimatinė terapija, fizikaliniai gydymo būdai (kvarco lempa, rentgenas, diatermija), vitaminai, hormonai, kraujo perpylimai. Vitaminai veikią, kaip eritropoetinės sistemos dirgintojai, kaip antai A- ir B_2- vitaminai (randami kepenyse).

Anemijoms, susijusioms su vidinės sekrecijos liaukų sutrikimu, pvz: myxoedema, m. Basedowii, climax atvejais, taikomas hormoninis gydymas.

Labai sunkiais anemijų atsitikimais, kai reikalinga skubi pagalba, vartotini kraujo perpylimai. Dažnai užtenką net 150—200 g. kraujo stoviui pagerinti. Piktybinės anemijos atveju patartinas kraujo perpylimas, ypač kai kepenų dieta nepadeda. Apskritai, kraujo perpylimai dirgina eritropoetinę sistemą. *K. Ambrozaitis.*

30. A. P. Fridman: **Likvor kak fiziologičeskij zamenitel krovi pri krovopoteriach.** (Smegeninis skystis, kaip fiziologiškas kraujo pavaduotojas kraujo nustojimo atveju). („Biulleten eksp. biolog. i medic." 1940, IX t. 4 Nr.).

Kraujo perpylimo problema, turinti dabartinėje, ypač karinėje medicinoje be galo didelės reikšmės, negali būti laikoma visiškai išnagrinėta del šių priežasčių:

1. Karo metu jau vien karo sanitarijos pareikalavimo negalima patenkinti del gausaus skaičiaus kraujo davėjų reikalingumo.

2. Net naujausiomis konservavimo motodėmis konservuoto kraujo negalima ilgiau kaip 15—25 dienas išlaikyti.

3. Kraują perpilant reikalinga nustatinėti davėjo ir gavėjo kraujo grupės.

4. Dažnai, ir toms pačioms grupėms esant, įvykstąs šokas.

Įvairių šalių tyrinėtojai priėję išvadą, kad žmogaus, kaip ir įvairių gyvulių, smegeninis skystis savo chemine sudėtimi ir fiziologinėmis savybėmis esąs labai artimas kraujui. Išskyrus eritrocitus ir kitus forminius elementus, taip pat didelį baltymų kiekį, smegeninis skystis turįs visas kraujo sudėtines dalis. Todėl ir dabartinis mokslas apie smegenų barjerą išaiškinęs, kad, jeigu medžiagų perėjimas iš kraujo į smegeninį skystį esąs pasunkėjęs, tai jų perėjimas iš smegeninio skysčio į kraują esąs laisvas (Š t e r n, K o s s i l, V a l t e r, K a f k a, F r i d m a n ir kit.). Autoriaus duomenimis visoje žmogaus ir gyvulių kraujo masėje visada esąs žymus smegeninio skysčio kiekis.

Pasirėmus šitais ir kitais teoriniais duomenimis, 1936 metais prieita mintis keisti kraują smegeniniu skysčiu perpylimo atveju. Jau 1934 metais buvusi išdirbta metodė gauti labai didelius smegeninio skysčio kiekius iš raguočių.

Palyginus triušių, šunų, raguočių, arklių ir žmogaus smegeninio skysčio cheminę sudėtį ir fiziologines savybes, pasirodė, kad raguočių smegeninis skystis esąs labai artimas žmogaus. (F r i d m a n: Osnovy likvorologii, izd. 2, 1936, X glava).

Pirmieji pačio autoriaus mėginimai, jau švirkščiant smegeninį skystį į paodį, į raumenis, į kraujagysles, parodę visišką jo nepavojingumą.

Prieš pereinant į platų klinikinį pritaikymą žmogui, autoriaus tatai buvę išbandyta su triušiais, jūrų kiaulytėmis, šunimis ir buvę nustatyta:

1. Kartotinai suleidus smegininio skysčio, negauta anafilaksinio šoko. Gydytojui nereikią kiekvieną sykį grupės nustatinėti.

2. Raguočio davėjo smegeninis skystis neparodąs jokios žalingos įtakos gavėjo organizmui, nesukeliąs šoko reiškinių.

3. Konservavimo laikas irgi esąs ilgesnis ir skaitomas ne dienomis, bet mėnesiais.

Autoriaus ilgametis patyrimas parodęs, kad be žalos galima esą imti smegeninis skystis iš to paties raguočio dideliais kiekiais ir net ilgą laiką.

Autorius padaręs raguočių smegeninio skysčio perpylimų laboratoriniams gyvuliukams net 50 sykių.

Paskutinieji tyrinėjimai su šunimis parodę, kad iki 75—78% visos kraujo masės galima esą pakeisti smegeniniu skysčiu.

Gale autorius nurodo savo tyrinėjimų metodes. *K. Ambrozaitis.*

VAIKŲ LIGOS.

22. F. O. M a n e v i č ir P. A. P o n o m a r e v a (Maskva): **Lečenie Meningokokovogo Meningita sulfidinom.** (Meningokokinio meningito gydymas sulfidinu). („Sov. Pediatrija", 1940, 6 nr.).

Meningokokinio meningito gydymas serumu sumažinęs mirtingumo procentą nuo 43% — negavusiems serumo, iki 32% — gydytiems serumu (P o n o m a r e v a); tačiau įvairūs šalutiniai reiškiniai, gaunami gydant serumu, kaip antai, serumine liga, ependimatitis po jos, efekto stoka pas kūdikius, privertę ieškoti naujų kelių meningokokiniam meningitui gydyti. Streptocido pritaikymas sykiu su serumu dar daugiau sumažinęs mažų vaikų mirtingumą, negu, kad vartojant tuos vaistus atskirai. 1938 m. anglų chemikai (E v a n s ir S a i s f o r d) suradę naują sintezinį preparatą —

sulfapiridin'ą. Sovietų jam analogiškas preparatas pavadintas sulfidin'u. Tat yra sulfanilamido derivatas, kuriame viena vandenilio grupė pakeista piridino grupe. Eksperimentiniai darbai parodę, kad sulfapiridinas veikiąs ne tik pneumokokus, bet ir meningokokus geriau už sulfanilamidą; šitas preparatas esąs mažiau toksiškas už sulfanilamidą, jo letalinis davinys pelei esąs 4 kartus didesnis kaip sulfanilamido. Sulfidino pritaikymas meningitams gydyti davęs gerų rezultatų. Pvz., vienas autorius nurodąs, kad iš 11 vaikų, gydytų sulfapiridinu, 10 pasveikę be komplikacijų ir neturėję hidrocefalijos, kuri esanti taikant kitas gydymo metodes.

Du rusų autoriai aprašo 17 vaikų, sirgusių epidem. meningitu, gydymą. 2 vaikai, kurių vienam buvęs pritaikytas kombinuotas gydymas raudonu streptocidu plius serumu, antras streptocidu per os; gydomojo efekto nepasiekus, jiems buvę paskirtas sulfidinas, po kurio ligonis pasveikęs be jokių komplikacijų. Sulfidinu buvę gydyta 17 vaikų, iš jų nuo 0 iki 1 metų amžiaus — 13 ir nuo 1 iki 3 metu — 4. Visi pasveikę, negaudami jokių komplikacijų, be vieno, išrašyto su hydrocephalus'o reiškiniais, bet vėliau ir tam vaikui konstatuotas galvos vandenligės mažėjimas. Visais atsitikimais pastebėtas t⁰ kritimas per 48 val., priėmus sulfidino, o kai kuriais atsitikimais — ir per 24 val.; daliai atsitikimų t⁰ vėliau pakilusi, bet žemiau; meningokokai liquor'e pranykę, davus sulfidin'o po 2—3 dienų. Vienu atsitikimu meningokokai gana ilgai laikęsi cerebrospinaliniame skystyje ir pranykę, tik pakartojus gydymo kursą sulfidinu. Palyginimui duoti 1938 m. to paties vaikų skyriaus duomenys, kur iš 24 ligonių, gavusių vien raudono streptocido, pasveikę 12, kiti mirę; 1939 m. iki pritaikant sulfidiną, gydyta 14 ligonių, iš jų mirė 6, o iš 17, gydytų sulfidinu, pasveikę visi. Gydytieji 1938 ir 39 m. pradžioje turėję 50% otitų ir 30% pneumonijų; gydytiems sulfidinu tik vienu atsitikimu buvęs otitas ir nė vienos pneumonijos. Sulfidino veikimas esąs nukreiptas į parazito narvelį; manoma, kad preparatas nepadidinąs stimuliuojančio veikimo antikūnių gamybai, bet veikiąs betarpiškai bakterijas, „blokuodamas" apykaitą ir „inaktyvuodamas" bakterinius enzimus". Sulfidinas meningokokinio meningito atveju reikią duoti vaikams iki 2 metu ne mažiau kaip 9 dienas po 0,2 pro 1 kg. svorio pirmas dvi dienas, o toliau po 0,1.

Nuo sulfidino esą toksinių reiškinių, k. a.: vėmimas, išbėrimas, cyanozė, kurie trunką trumpą laiką ir nedarą įtakos bendriniam ligonio stoviui. Duodant sulfidino, reikią sekti baltasis kraujas ir kraujo formulė. Kontrolė daroma gydymo metu ir po jo. Literatūroje aprašytas vienas agranulocitozės atsitikimas po gydymo dideliais sulfidino daviniais. Autoriai turėję vieną atsitikimą, kur 7 mėn. kūdikiui po kartotinio gydymo sulfidinu leukocitų skaičius kritęs nuo 18.000 iki 5.800 ir sumažėjusios granulinės formos; tekę nutraukti gydymas sulfidinu, padaryti kraujo perpylimas. Po to kraujas greitai atsitaisęs. Agranuliocitozės nepastebėta ne vienu atsitikimu, nors vartoję didelius davinius.

Išvada. Sulfidinas — naujas vaistas prieš meningokokinę infekciją, kuriam lygaus iki šiol neturėta. Ateityje reikėtų toliau studijuoti preparato veikimas, nustatyti tikslus dozavimas, ištirti atsparūs sulfidinui atsitikimai, kontroliuoti meningitikai, gydyti sulfidinu.

Ref. prierašas. Kauno vaikų klinikoje labai gerų rezultatų gauta gydant epideminį meningitą ir pneumonijas su komplikacijomis vokišku preparatu cubasin'u (sulfanilamido ir piridium'o junginiu), tik del stokos preparato buvo maža gydytų atsitikimų. *V. Tercijonas.*

UROLOGIJA.

11. C. Lepoutre (Lille): **Sur un cas de Gynandroide.** (Gynandroid'o atsitikimas) („J. d'Urol." 45, 5 nr.).

Berniukas, turįs moteriškus požymius, vadinamas androgynoid'u (Pozzi), pasitaikąs gana dažnai. Priešingai, mergaitė, turinti vyriškus požymius, esanti retenybė. Autoriaus atsitikimas nesąs pirmas ir jau

privertęs jį nuo 1920 metų studijuoti šitą klausimą. Čia susiduriančios chirurginės ir socialinės problemos. 9-rių metų mergaitė metrikuose įrašyta kaip moteriškos lyties; tačiau jos būdo ypatybės privertę tėvus kreiptis į gydytoją, kuriam buvę sunku nustatyti tikroji subjekto lytis. Mergaitė turėjusi „penis'ą" 3,5 cm ilgumo, su silpnai pasireiškusiu praeputium'u, tačiau „penis'o" galvelė buvusi gerai išsivysčiusi. (Autorius iš patyrimo nurodo, kad tokie asmenys, priešingai negu hypospad'ikai, neturį pertekusio praeputium'o). Po šituo „penis'u" esanti vagelė, turinti vieną angelę, pro kurią zondas patenka į šlapiminę pūslę. Veidrodiniu šaukštu atitraukiant užpakalinį angelės kraštą, vagininės angos nematoma. Didžiosios gėdos lūpos gerai išsivysčiusios. Nesą jokių pautelių pėdsakų. Nuotolis nuo vagelės iki anus'o lygus 5 cm. Bendras įspūdis — išorinė kriptorchinės hipospadijos išvaizda. Per rectum tiriant uterus'o neapčiuopta. Gautas įspūdis, kad čia esama mergaitės.

Tikrajai padėčiai išaiškinti padaryta operacija: 1) Pjūvis ingvinalinėje srityje iš dešinės; patekus kiek galima gilyn, pautelių pėdsakų nerasta. 2) Laparotomia mediana: rastas uterus su dviem gerai išsivysčiusiais kiaušdėčiais (ovarais). Tuo būdu diagnozė paaiškėjusi. Po 3 savaičių atlikta antra operacija: pjūvis išilgai vagelę gilyn iki sutinkant orificium vaginae; pastaroji slypinti tarp daugybės spurgelių; kateterizacija; septum urethro-vaginale labai plona; skersai susiūti perineum'o vertikalinio pjūvio kraštai. Antrasis aktas: elektriniu peiliu išpjautas perteklinis klitoras ir praeputium'o dalis; Pezzar'o kateteris aštuonioms dienoms. Gautas visiškas estetinis rezultatas.

Mes skiriame 3 gynandroid'ų rūšis:

1. Paprasta klitoro hipertrofija; aiškiai matoma vagina. Diagnozė čia aiški.

2. Klitoro hipertrofija. Urethra ir vagina atsidaro išorėn canalis urogenitalis pavidalu (kaip ir mūsų atsitikimu). Diagnozė kartais sunki ir nustatoma atsitiktinai beoperuojant (tumor ovarii arba fibroma uteri).

3. Klitoro hipertrofija. Urogenitalinė perėja yra tikrojo kanalo pavidalu, einančio daugiau ar mažiau toli, kartais net iki pseudopenis'o galo. Tuomet diagnozė esanti ypačiai sunki.

Praktiškai esą labai svarbu iki subrendant nustatyti tikroji kūdikio lytis. Abejotinais atsitikimais neatidėliotinas klausimo išsprendimas ligi vėlyvo periodo, kai jau atsiranda seksualiniai požymiai. Autorius matęs 25 metų subjektą, gyvenusį kaip moteris ir prašiusį pašalinti pautelį, atsiradusį gėdos lūpoje. Autorius atsisakęs, pasiūlydamas grįžti į tikrąją lytį. Jis kažkur dingo. Tuo pačiu metu atvykusi pas autorių 14 metų mergaitė, išėjusi iš ligoninės po kelių mėnesių vyriškio vardu su pauteliais normaliose vietose ir gana solidišku penis'u. Tat vis nurodą, kad reikalinga tiksliai nustatyti diagnozė ligi subrendimo.

Kuri operacija darytina? Niekuomet neoperuotina hypospadia, neįsitikinus, kad turimi ir pauteliai. Kriptorchizmo operacija visada darytina anksčiau negu hipospadijos operacija. Tuo būdu esą galima išvengti didelės klaidos. Laparotomija parodanti tikrąja dalykų padėtį.

T. Goldbergas.

12. H. Chabanier (Paris): **État actuel d'une enfant opérée de decapsulation rénale bilatérale pour nephrite grave.** (Inksto dekapsuliacijos operacijos rezultatas kūdikiui del sunkaus nefrito). („J. d'Urol." 45 t., 6 nr.).

Pranešama apie stebėtą 12½ metų mergaitę, susirgusią ūminiu glomerulonefritu 8-tą dieną po angina purulenta, lydimu hematurijos, veido oedem'os, oligurijos, aukšto kraujospūdžio. Vietoje paprastai po anginos pranykstančių inkstų simptomų, pastarieji, išskyrus veido oedema, likę; t°-ra laikiusis. Lygiagrečiai buvęs stebimas inkstų nepakankamums (šlapalų 130 mgr %); atsiradusi apatija; suliesėjimas, hematurija, šlapimuose gausu granulinių cilinderių. Nusistatyta dekapsuliuoti inkstus, ne be baimės del sunkaus ligonės stovio.

Iš pradžių operacija iš kairės. Aplinkinkstinė narveliena pabrinkusi, inkstas padidėjęs, išblyškęs, daug paviršutinių cistelių. Puikus efektas: diurezė, hematurija mažėjanti, šlapalai krintą, subjektyvus pagerėjimas.

Po 3 savaičių dešiniojo inksto dekapsuliacija. Panašus ir čia efektas. Praėjus mėnesiui mergaitė išsirašiusi su normaliais šlapalais, bet turėdama albuminuriją (0,25‰), cilinderiai pranykę, tačiau mikroskopiškai tiriant dar teberandama eritrocitų. Po 5 savaičių tonsilektomija. Kas 2 mėnesiu mergaitė ateinanti kontrolei. Jai priaugę 12 kg svorio; visiškai pranykusi oedema. Dabar po 3 metų likusi tiktai albuminurija (0,5—1,9‰); nephritis dar nepraėjęs; tačiau operacijos rezultatas ligonės sveikatos stoviui laikytinas įstabiu. Nereikią užmiršti, kad čia būta sunkios, vad. ekstrakapiliarinės, formos glomerulonefrito, kuris, pasak Volhard'o ir Fahr'o, baigiąsis mirtimi per keletą savaičių. Atitinkami patologo-anatominiai pakitimai, nepasiduodą paveikiami jokios terapijos, jau buvę pasireiškę šitai ligonei operacijos metu. Štai delko operacijos efektas esąs vertas pažymėti.

Šitas atsitikimas ne vienintelis. Autorius kartu su Gaume'u stebėję dar vieną tokios rūšies nefritą vyriškiui. Ir čia bilateralinė dekapsuliacija buvusi padaryta jau bevilčiam pacientui. Ir pastarasis, praėjus dvejiems metams po operacijos, puikiai jaučiąsis, turėdamas inkstus, jei ne visiškai normalius, tai labai patenkinamus.

T. Goldbergas.

ODOS IR VENEROS LIGOS.

15. W. Schneider: **Exanthema bei Albucidbehandlung** („D. Wschr." 1940, 31 nr.).

Sulfonamido junginiai gali sukelti įvairius pašalinius reiškinius, k. a.: paralyžius, neuritus, taip pat lengvesnius ir sunkesnius odos susirgimus, kurių esama net mirtimi pasibaigusių. Albucido nuodingumas paskatinęs geriau ir tiksliau kontroliuoti sulfonamido veikimą. Pagrindinis sulfonamido junginys esąs sulfanilamid ($NH_2 <_> SO_2NH_2$). Pasirodė, kad organizme tasai junginys acetilizavimo būdu praradęs savo toksiškumą. Gaminant albucidą, buvę tat turėta galvoje ir sulfonamido substancija analogiškai kaip organizme acetilizuota. Vadinasi, sinteziniu būdu biologiškai tasai kūnas (sulfonamidas) nustojąs savo toksiškumo. Jis lengvai tirpstąs, gerai veikiąs ir esąs nežalingas. Albucidas praktiškai gerai pritaikytas; kartais sukeliąs parestezijas, albuminozę ir pavienes ekzantemas. Paralyžių ir neuritų nesą. Tat įrodęs Engelhardt bandymais su karveliais. Autorius gydęs albucidu 130 ligonių ir turėjęs tiktai vieną ekzantemos atsitikimą. Vienos karštos dienos metu 1939 m. liepos mėn. buvusios pastebėtos daugeliui albucidu gydytų ligonių ekzantemos. Albucidas buvęs vartotas šiuo būdu: 7 dienas po 3 tablėtes 3 kartus per dieną; 5 dienų pertrauka; paskui vėl 7 dienas po 3 tabl. 3 kartus per dieną. Ligoniai per šitą laiką dirbdavę lengvą darbą ore saulėje.

Autorius aprašo 4 ligonius, gydytus albucidu per 21 dieną, nuo birželio mėn. pabaigos ligi liepos mėn. pradžios. Ekzantemos buvusios pastebėtos 9-tą dieną nuo albucido davimo pradžios ir vieną syki 15 dieną. Kovo mėn. albucidas nesukėlęs didelės ekzantemos. Buvęs padarytas mėginimas į šviesą pagal Wucherpfenig'ą. Padidėjusios reakcijos į šviesą su Hg - Damfkvarco lampa nebuvę stebėta. Priešingai, nuo saulės odoje pastebėtos po $1^1/_3$—2 val. pustulės. 2-tras šviesos mėginys su dešin. ranka: po 15—30—45 minučių gautas silpnas paraudimas, o po 120—135 min. — pustulės. Norint ekskliuduoti šilimos veikimą, buvęs išbandytas solux-lempos raudonosios šviesos ir šiltos dėžės veikimas. Padariniai gauti neigiami. Randamas panašumas į uliron'o ekzantemas pagal Volavsek'ą, kurios taip pat atsirandančios 9—15 d. nuo pirmojo vaistų davimo, ir nepaisant, kad vaistai toliau buvo duodami, pranykstančios. Pasak Valavsek'o, tat esanti sensibilizacijos reakcija. Vėliau atsirandančios ekzantemos (16—72 d.) esančios ekzogeninio arba endogeninio alimentarinio po-

būdžio sudirginimas, ir amerikiečių autorių manymu tat būsią nuo per didelio jautrumo į ultravioletinius spindulius. Ar vėliau atsirandančios ekzantemos, pavartojus albucidą, autorius dar negalįs nustatyti. Bet ekzantemos, atsirandančios 9—15 d. pavartojus albucidą, esančios saulės veikimo padarinys.

Loos aprašė 2 odos išbėrimo atsitikimus nuo albucido: vieną, lydimą urtikarijos, antrą — dishydrosis'o. Kiti pastebėję 2 ekzantemas 9 dieną ir urtikariją po 4 d. Autorius pastebėjo ekzantemos nuo saulės įtakos, bet tat dar nereiškią, kad galima ekskliuduoti kita priežastis, ypač, kad nevisuomet pasiseka reakcija su šviesa. O mokslininkui Schöltzke su ulironu nepasisekė įrodyti šviesos įtakos. 4 atsitikimai parodė, kad šviesa — saulės spinduliai turėję tiesioginę įtaką ekzantemos atsiradimui. Neigiamas Prausnitz - Küstnersch'o mėginys kalbąs prieš alergiją.

Gyd. Solominas.

16. Wolfram. **Pemphigus vulgaris et vegetans** („Wien. Dermat. Gesellsch." 1939. XII 14. „D. W." 1940 m., 31 nr.).

I. **Pemphigus vulgaris vegetans.**

Ligonei, 32 metų amž., 1937 metais nugaros ir bambos srityse staiga atsiradę pūslių, lydimų smarkaus deginimo. Po ligos, kuri trukusi 6 savaites, pasilikusi odos hiperpigmentacija. 1939 metų spalių mėn. pūslių vėl atsiradę krūtinės, rankų ir anus'o srityse, ir per 3 savaites pūslės užėmusios visą kūno paviršių. Buvę gydyta germanino injekcijomis, bet liga pablogėjusi.

Status praesens: Viršutinėje krūtinės dalyje esama rusvų, taip pat šviesiai raudonų ir melsvai raudonų dėmių; taip pat periferiškai augančios policiklinės, susiliejančios erozijos, kurių pakraščiuose ir centre epidermis esąs pūslių pavidalu iškilęs. Šviežios pūslės normalioje odoje yra iš dalies su skaidriu, iš dalies su drumstu skystimu. Abiejose blauzdose nuo pėdos iki vidurio šlapiuojąs, iš dalies pasidengęs šašais plotas su epidermio pakilimu kraštuose. Labai šlapiuojančios, plačios, pasidengusios šašais ir dvokiančiomis masėmis, iš dalies vegetuojančios plaques šlaunyse, labia majora ir mons veneris srityse. Labai gausi dvokianti sekrecija iš makščių. Tokie pat reiškiniai, kaip krūtinėje, esą nugaros ir veido srityse, ypač ausyse. Vidurinėje lūpų pusėje esą daug erozijų su šviesiai raudonu dugnu. Liaukos žymiai nepatinusios. Kraujo tyrimas: Hb-90%, eritrocitų 4.700.000, index 0,9; leukocitų 12.000. Pagal Schilling'ą: nesegmentuotų neutrofilų 6%, segmentuotų — 56%, eozinofilų 5%, monocitų 6%, lymfocitų 27%.

Komplemento rišimo reakcija +; virus'o įrodymas +. Terapija: 2 kraujo transfuzijos, 2 germanino injekcijos, po kurių — lengvas inkstų pakenkimas.

II. **Pemphigus vulgaris.**

Ligonė, 54 metų amž. Sirgusi sąnario uždegimu. 1933 metais buvęs operuotas rectum. Prieš 8 savaites iš pradžių kakle, paskui krūtinėje, rankose ir kojose. o pagaliau visame kūne atsiradę pūsliukių. Gydyta plazmochino tabletėmis.

Status praesens. Ant kūno ir galūnėse esą nedaug pūslių, prisipildžiusių skaidraus skystimo, nepakitėjusioje odoje. Didžiausia odos pakitimų dalis susideda iš apskritų ir apvalių epitelio defektų, iš dalies pasidengusių seroziniais ir kraujuotais šašais. Greta jų esą melsvai raudonų iš dalies hiperpigmentuotų dėmių, kurios atitinka apgijusias vietas strėnose. Viršutinėje nugaros dalyse ir vidurinėje šlaunies pusėje odos pakitimai plačiai susijungią tarp savęs, taip pat po krūtimis, pažastyse ir kaklo pryšakinėje dalyje. Šitose vietose pūslių dugnas kiek iškilęs ir pasidengęs išaugomis, ypač labia majora et minora srityse. Vietoje anus'o esąs 4 cm ilgumo prolapsus recti.

Kraujo tyrimas: Hb—60%, eritrocitų 4.000.000, index 0,7; leukocitų 3.800; pagal Schilling'ą: nesegmentuotų neutrofilų 4%, segmentuotų 78%, eozinofilų 3%, monocitų — 3%, lymfocitų 12%. Nedidelė anizocitozė, hipochromija pavienės lymfinės dirginimo formos. Pemphigus'o komplementas +, virus'o įrodymas +.

III. **Pemphigus vulgaris dermatitis herpetiformis Duhring'o tipo.**

33 metų moteriai pernai liepos mėnesyje nugaroje atsiradę pūsliukių, prisipildžiusių vandeningo skystimo. Paraudimo, patinimo, niežėjimo nebuvę. Pūslės išnykusios, bet šį pavasarį vėl atsiradusios, taip pat krūtinėje. Išnykusios pūsliukės palikusios raudonas dėmes.

Status praesens. Ant kūno esą susigrupavusių aplink medialinę liniją, pryšakyje pereinančių ant krūčių, nugaroje siekiančių anus'o sritį, eroziјų, iš dalies pasidengusių šašais, po kuriais esąs pūlingas sekretas. Šitie odos pakitimai rodę infiltraciją tik vietomis ir pagijusios palieką tamsiai pigmentuotas dėmes. Tokių pakitimų esą kaktos, nosies ir smakro srityje. Abiejų blauzdų žemutiniame trečdalyje, pereinant ir ant dorsum pedis, pryšakyje esą simetriškų židinių, kurie centre jau apgiję; o periferijoje esą kiek iškilusių šviesiai raudonų mazgelių. Dorsum pedis link esą pūsliukių su skaidriu skystimu, toliau su pūliais ir uždegimiškai paraudusia aplinkuma, tarp jų sritys, pasidengusios šašais. Jodo mėginys — neigiamas. Jodo davinys į vidų pablogines ligą. *Gyd. Chaikinas.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Vitaminų ir hormonų tarpusavio sąveikis.**

D-vitaminas esąs priešginiškas (antagonistiškas) A-vitaminui. Maitinant triušius maistu, kuriame yra pridėta D-vitamino, sukeliamas jų sunykimas (kachexia), kraujagyslių sustandėjimas (sklerozavimasis), kraujosrūvinis žarnų uždegimas, inkstų raukšlėjimasis. Tačiau, tiktai pridėjus A - vitamino, šitie visi reiškiniai nesusidarą. Taip pat tų reiškinių nebūną, vartojant žuvų taukus, nes ten kaip tik yra A - ir D - vitaminų.

C-vitaminas esąs sąveikus (sinergiškas) su B-vitaminu. Jūrų kiaulaitės, nepakankamai gaudamos askorbininės rūgšties prie bevitamininio maisto, susergančios skorbutu. Bet pridėjus tiktai B- vitamino, tie nepakankami askorbininės rūgšties kiekiai jau apsaugoją jūrų kiaulaites nuo skorbuto.

C-vitaminas esąs sąveikus su adrenalinu ir kortinu. Raumenų pavargimas, dirginant juos elektriniu įlydžiu, sumažėjąs ir jis pasirodąs vėliau, jei prie adrenalino yra pridėta askorbininės rūgšties. Mat, askorbininė rūgštis sumažinanti liktinio azoto ir padidinanti glikogeno kiekį kraujyje. Kraujospūdis, pridėjus prie adrenalino askorbininės rūgšties, pakyląs smarkiau. Manoma, kad askorbininė rūgštis stabdanti adrenalino oksidaciją tiek in vitro, tiek in vivo.

C-vitaminas yra priešginiškas tyroksinui. Askorbininė rūgštis padidinanti tyroksino nuodingumą ir sumažinanti glikogeno susidarymą kepenyse.

D-vitaminas esąs sąveikus su tyroksinu. Rachito reiškiniai pašalinami su tyroksinu. Nenuodingieji D - vitamino kiekiai su tyroksinu pasidarą nuodingi. Rachito slypinčios (latentinės) ir pasireiškusios tetanijos atveju esanti kaip tik nukritusi medžiagos apykaita.

A-vitaminas esąs priešginiškas tyroksinui tik per hipofizio priešakinę skiltį. Išpjovus smegenų priedėlį (hipofizį), nepasireiškiąs A - vitamino saugojamasis veikimas. Tyreotoksikozės ir Basedow'o reiškiniai pagerėją, davus A - vitamino.

E-vitaminas esąs sąveikus su α-tokoferoliu į kiaušdėčių ir skydliaukių veiklą. Kastravus jūrų pelytę, nutylanti ir skydliaukių veikla, kas būną ir neduodant su maistu E - vita-

mino. Šitie pakitimai sukelią kaip tik suriebėjimą (nutukimą). Pridėjus kastruotai jūrų pelytei folikulino, skydliaukių veikla kaip tik pakylanti, bet duodant E - vitamino, jokio pagerėjimo negaunama. Tuo tarpu nekastruotoms pelytėms E - vitaminas kaip tik skydliaukes reaktyvuojąs. Kyla išvada, kad α - tokopherol tiesiog skydliaukių neveikiąs, bet per kiaušdėčius.

Audinių hormonas acetilcholinas pasidarąs veiklus, tik paveikus B_1 - vitaminu, ir tuomet jis sukeliąs išpjautos žarnos dalies susitraukimus. (Abderhalden: „Münch. Med. Wschrft." 1940 m., 18 nr.). *S. Balčiauskas.*

× **Apsiginamosios proteinazės.** Endokrininei sistemai sutrikus, kraujyje ir šlapimuose atsirandą proteolitiniai fermentai, kurie hidrolizuoją susirgusios liaukos baltymus. Jų pagalba galima išaiškinti, kurios liaukos yra susirgusios. Tik čia reikią atsiminti tarpusavis hormonų ir vitaminų sąveikis tiesiog ar per kitas liaukas (k. a., kiaušdėčius, smegenų priedėlį). Hormonai ar vitaminai, išvirkšti į kraują, pasveikią atitinkamai homogeninos ar susijusias antagonizmo ar sinergizmo saitais liaukas. (Abderhalden: „Münch. Med. Wschrft." 1940 m., 18 nr.). *S. Balčiauskas.*

× **Rankų dezinfekavimas Demmer'io būdu gydytojams praktikams.** Kaimo gydytojams, kuriems neretai tenka atlikti įvairūs chirurgiški bei ginekologiški ar akušeriški įsikišimai, sudėtingieji rankų dezinfekavimo būdai, ypač kiek ilgiau užtrunkant, dažniausiai visiškai netinka. Demmer, pasirėmęs 1914—1918 m. karo patyrimais, yra pasiūlęs labai paprastą rankų dezinfekavimo būdą. Operuotojas mazgoja savo rankas, muilindamas ir minkštu šepečiu patrindamas šaltame vandenyje 1 min., ir nušluosto jas švariu rankšluosčiu; paskui rankos, ypačiai jų pirštų galai, ištrinami 70% alkoholiu ir nusausinami, kelis kartus jas ore papurčius. Išpudravus rankas steriliu talku, užmaunamos guminės pirštinės. Užmautos ant rankų pirštinės išmuilinamos bei plaunamos šaltame vandenyje ir įmerkiamos 2‰ sublimato skiedinyje (2 tabl. 1 litrui vandens). Pirštinių kraštai sumerkiami sugertuvėliais (gazeliais). Muilinant ir plaunant pirštines, stengtis rankos išlaikyti sausos. Klinišku operacijų atveju užsimaunamas operacinis apsiaustas ir dar drobinės pirštinės.

Kartais tenka dar plauti visas dilbis iki alkūnės. Išplovus ir ištrynus muilu, apipilama spiritu ir 2‰ sublimatu.

Baigus operaciją, dar nenumovus pirštinių, jos yra nuvalomos nuo kraujo ir sekreto, muilinant bei plaunant šaltu vandeniu. Nuplautos ir dar neišdžiūvusios pirštinės nutraukiamos. Pirmiausia, numovus stebima, ar ant pirštų yra kraujo, kas pasitaiko, joms sutrūkusioms esant. Pirštinės tiek iš vidinės, tiek išorinės pusės plaunamos vandeniu ir muilu ir pamerkiamos 15 min. sublimato tynėje, paskui nusausinamos skarele ir apibarstomos švariu talku.

Visuomet atsimintina, kad sublimatas tik tuomet dezinfekuojąs, kai nesusisiekia su baltymais, nes atsirandantieji sublimato baltyminiai junginiai kaip tik dezinfekcinį gebėjimą mažiną. Krepšyje dezinfekavimo reikalu laikytini šie daiktai: 1) sublimato tablečių po 1,0 vamzdelis, 2) 70% alkoholio butelis, 3) minkštas šepetys, 4) muilo gabalėlis, 5) pora geros rūšies guminių pirštinių. Sublimato skiedinys gaminamas kas kartas šviežias, išdegintame, įpylus šaukštą alkoholio, dubenyje. Ginekologiškiems ir akušeriškiems įsikišimams pirštinės vartojamos plonesnės. Mažosios chirurgijos įsikišimų atveju patartina vartoti storesnės pirštinės.

Demmer'io būdu dezinfekuojant rankas, sutaupoma daug laiko, nereikalinga sudėtingų autoklavų ir pašalinės pagalbos. Tuo būdu dezinfekuojant, mažiau plyšta ir naikinasi pirštinės (jos išbūna tinkamos vartoti iki 2 metų). Dezinfekavimo padariniai esą geri, sepsis retai tesusidarąs. (Dr. Wilhelm Rippel: „Die Aerztliche Praxis". 1940, 10 nr.).

S. Balčiauskas.

× **Barrenscheen - Veltmann'o reakcija liktiniam azotui nustatyti.**

Liktiniam azotui kraujyje nustatyti patartina gydytojui praktikui atlikti šį reakciją: Kraujo serume nusėdinami baltymai su lygiu 20% trichloracetinės rūgšties kiekiu; paimama 1 ccm filtrato, pridedama Ehrlich'o reagento (p - dimethylamidobenzaldehido 2% skiedinys 20% druskos rūgštyje) 3—4 laai. Normalus kraujo serumas, turįs iki 40 mg % liktinio azoto, labai silpnai nusidažąs. Esant daugiau liktinio azoto, kraujo serumas nusidažąs žalsvai - gelsvai. (Doc. Th. Leipert: „Die Aerztliche Praxis" 1940 m., 10 nr.). *S. Balčiauskas.*

× **Kraujo cukraus kiekio nustatymas vengrišku titratoriumi „G. (Glucose)".**

Kraujas esąs tinkamas cukrui nustatyti tik neilgą laiką; o ištyrus vėliau, gaunama klaidingų duomenų. Gydytojui praktikui nesą galimumo naudotis sudėtingu kraujo nustatymu. Jam reikią daug paprastesnių ir greitesnių būdų. Paprasčiausia cukraus kiekio nustatymo technika esanti ši: Į mėgintuvėlį supilama 9,2 ccm 20% trichloracetinės rūgšties ir pridedama 5 ccm iš venos paimto šviežio kraujo. Mišinys stipriai suplakamas 2 min., gerai užkimšus šitąjį mėgintuvėlį; paskui filtruojamas į Wassermann'o vamzdelį. Iš šito vamzdelio paimamas kristališkas filtras - skystimas pipete ir lašinamas lašais į titratoriaus ampulę, nulaužius jos kaklelį. Pipetė laikoma statmeniškai, bet ne įstrižai. Kiekvieną sykį, įlašinus filtrato, ampulė 3—4 sek. sukratoma. Po kiekvieno įlašinimo stebimas dienos šviesoje ampulės dugnas, ar žalioji spalva pasikeičia raudonai rusva. Sunaudotieji iki spalvos pasikeitimo filtrato lašai suskaičiuojami. Kraujo cukraus kiekis apskaičiuojamas iš pridėtosios lentelės:

Lašų skaičius	Glukozės mg%	Lašų skaičius	Glukozės mg%	Lašų skaičius	Glukozės mg%	Lašų skaičius	Glukozės mg%
10	500	18	278	26	192	34	147
11	454	19	263	27	185	35	143
12	417	20	250	28	178	36	139
13	385	21	238	29	172	37	135
14	357	22	227	30	167	38	131
15	333	23	217	31	161	39	128
16	312	24	208	32	156	40	125
17	294	25	200	33	151	41	121

Šitas būdas lengvai atliekamas net prie ligonio lovos; ypač tai esą svarbu, aiškinant, ar yra diabetinė koma ar hipoglikeminis šokas, angliavandenių toleranciją nustatant ar prediabetinio stovio ieškant.

Reagentų ampulėse, pipečių ir kita gaunama vaistinėje Vengrijoje, Budapest, V., Thurzo köz 9 nr· (Dr. Emerich Wiener, Arad, Rudapest, V., Thurzo köz 9 nr. (Dr. Emmerich Wiener, Arad. Rumunija, „Ars Medici", 1940, 8 nr.). *S. Balčiauskas.*

× **Sovietų piridinas.**

Prieš keletą metų Amerikos spaudoje pasirodė žinia apie naują mediciniška preparatą — sulfapiridiną. Šitas vaistas pasižymi tuo, kad efektingai išgydo sergančius meningitu, krupoziniu plaučių uždegimu ir kitomis ligomis. (Apie sulfapiridiną žiūr. mano referatą „Medicinos" 1940. 10 nr.).

Sovietų mokslininkai, jų skaičiuje prof. Magidson (Maskva), greitai surado būdą gaminti šitą brangų gydomąjį preparatą. Sulfapiridinui pagamanti, kaip žaliava, reikalingas giridinas. Charkovo anglių chemijos tyrimo institutui buvo pasiūlyta skubos keliu surasti papildomi resursai gauti gryną piridiną. Instituto tyrinėjimai pasibaigė sėkmingai. Tos įstaigos direktoriaus pavaduotojas pareiškė štai ką:

„Dabar galime kalbėti apie gavimą pramonės reikalams gryno piridino daugumoje kokso fabrikų. Mūsų institutas ištyrė šaltinius gauti šitai žaliavai iš kelių kokso chemijos produktų, kurie iki šiol SSSR tam reikalui ne-

buvo išnaudoti: Naujų gamybos būdų suradimas žymiai padės padidinti gryno piridino gavimą. Paminėjimo verti instituto bendradarbiai Gluzman, Grigorjev ir Nepomniaščaja, kurie parodė didelę energiją ir iniciatyvą, išrasdami naujus gamybos būdus ir šaltinius. Institutas pateikia darbą apie suradimą naujų būdų gaminti piridiną gauti Stalino premijai".
(„Pravda", 1940. X. 19). *V. Tercijonas.*

× **Polineuritų gydymas B_1-vitaminu.**

G. D. Koehler aprašo sunkų infekcinio pobūdžio polineurito atsitikimą. Per 4 savaites gydant strichninu ir 2 dienas elektrizuojant galvanine srove kojas ir žastus, gautas tiktai mažas pagerėjimas. Tačiau ligonis greitai visiškai pagijęs, kai buvęs pritaikytas gydymas B_1-vitamino (betabion'o) švirkštimais: per 14 dienų po 1 ccm silpno betabion'o ir per 16 d. po 1 ccm stipraus betabion'o.

Vienu labai skausmingos sprando ir veido neuralgijos atsitikimu (del ilgai trukusio pūliavimo iš nosies pridėtinės daubos) pritaikytas gydymas B_1-vitaminu taip pat parodęs gerą neabejotiną jo veikimą: po 6 intraveninių įšvirkštimų betabion'o forte smarkūs neuralginiai skausmai visiškai pranykę. („Fortschr. d. Ther." 1938 m. 10 nr., 550 psl.).
J. St.

× **Streptokokinių, stafilokokinių ir kolibacilinių susirgimų gydymas septazinu (parabenzilaminobenzensulfamid'u).**

1. B. A. Peters ir R. V. Havard septaziną pritaikę difterijos atsitikimams gydyti ir gavę šių išdavų: 47 atsitikimais ligos pažanga sustojusi jau per pirmąsias 24 val., 31 atsitikimu t°-ra tapusi normali po 24 val., o 12 atsitikimų — per 48 val.; komplikacijų kiekis sumažėjęs; gal būtų buvę gauta dar geresnių atsiekimų, jeigu šitas gydymas būtų buvęs pritaikytas anksčiau. Autoriams atrodo, kad šitas vaistas sustabdąs ligos išsiplėtimą organizme. („The Lancet", 1937 m. 22 nr. 1 t., 1273 psl.).

2. J. Müller pavartojęs septaziną 120 rožės, inkstų geldelių bei šlapimtakių, bendrinio apsikrėtimo, smegenų apvalkalų ir kt. susirgimų atsitikimais ir gavęs greitą ir sėkmingą efektą; toksiško veikimo nestebėta. Septazinas buvęs vartojamas per os, intra venam, intra musculos ir pro lumbalinę punkciją. Pašaliniam veikimui išvengti, autorius, pasiekęs gydomąjį efektą, tuojau paliaudavęs septazino davimą ir pakeisdavęs jį švelnesniais dezinfekuojamais vaistais (saloliu, urotropinu), kad paskui vėl suduotų trumpą „septazininį smūgį". Pašalinių komplikacijų, kurių stebima po sulfamidinių preparatų, k. a.: anemija, agranulocitozė, methemoglobinemija ar sulfohemoglobinemija, galvos skausmai, svaigulys, — autorius po septazino nestebėjęs. („Schweiz. med. Wschr." 1938 m. 22 nr., 655 psl.).

3. H. Weingarten septaziną taikė šiems šlapiminės pūslės susirgimams gydyti: a) ūminiams šlapiminiams pūslės uždegimams, b) šlapiminės pūslės kaklelio uždegimams (trigonitis) ir c) šlapimų išskyrimo užsilaikymui del įvairios kilmės uždegimų. Iš viso gydyta 70 ligonių (jų tarpe 90% moterų). Davinys: po 2 g (4 tabl.) per pirmąsias 5 dienas, vėliau po 1,5 g ir dar vėliau po 1 g per visą savaitę. — Ūminių bakterinės kilmės šlapiminės pūslės uždegimų atvejais septazinas parodęs sėkmingą veikimą net nevartojant vietinio gydymo. Po pirmos septazinu gydymo dienos subjektyviai reiškiniai pranykdavę, o po 6 dienų išnykdavę ligos sukėlėjai (streptokokai, stafilokokai, bac. coli). — Inkstų geldelių pūlingais susirgimais septazino veikimas nebuvęs aiškus, tokis pats, kaip ir po salicilinių preparatų. — Autoriaus nuomone, septazinas indikuotinas sepsiniams šlapiminės pūslės uždegimams gydyti ir šitais atvejais jis duodąs geresnių rezultatų, negu hexametileniniai preparatai. („Paris Méd." 1938 m., 48 nr.).

4. L. Merlin sepsis puerperalis atsitikimais išmėginęs septaziną ir įsitikinęs jo gera įtaka streptokokinio pobūdžio sepsis puerperalis at-

vejais. Per os buvo duodamos 6—8 tabl. per dieną, arba į raumenis 10—50 ccm soluseptazino. Septazinas veikęs sepsis puerperalis geriau, negu serum antistreptococcicum. Autoriaus nuomone, pyemijos atsitikimais, be chemoterapijos, reikią taikyti ir kiti gydymo būdai, k. a.: kraujo transfuzija, cardiaca, alkoholio dideli daviniai ir t. t. Gerų padarinių gauta gydant septazinu sepsinius abortus, taip pat nėščiųjų inkstų geldelių streptokokinio ir kartu kolibacilinio pobūdžio uždegimus. („Schweiz. Med. Woch." **1938 m. 38 nr., 1081 psl.**). *J. St.*

× **Nėštuminio vėmulio gydymas C-vitaminu (cebion'u).**

L. G. Dahlheim vienu sunkiu nėštuminio vėmulio atsitikimu (3 mėn. pirmą kartą pastojusiai moteriai), nepasiduodančiu jokiam paprastam gydymui, pritaikęs kasdien cebion'o švirkštimus, po kurių ligonė subjektyviai ir objektyviai pasveikusi. Išėjusi iš klinikos ligonė ir toliau suvartojanti kasdien po 1 tabl. cebion'o. Pasak autoriaus, C-vitaminas, darydamas geros įtakos organizmui, o ypačiai antinkščiams, pagerinąs angliavandeninę ir mineralinę apykaitą, kuri kaip tik sutrinkanti nėštuminiuose apsinuodijimuose. („Annal. Brasileiros de Gynecologia", **1938 m.**, 5, 18). *J. St.*

× **Kūdikių mitybos sutrikimų gydymas C-vitaminu.**

E. Urbanitzky praneša apie gerą cebion'o veikimą 60-čiai kūdikių ūminių ir chroniškų mitybos sutrikimų atvejais. Dažniausiai intraveniniai cebion'o švirkštimai (po 1 ccm didesniems ir po 0,5 cm kūdikiams jaunesniems kaip 2 mėn.; lengvesniais atsitikimais užtekdavę vienkartinio švirkštimo ir per 6—8 val. maitinti vien tik arbatėle, sunkesniais ir įsisenėjusiais atsitikimais reikėdavę 3—4 švirkštimų) tučtuojau pašalindavę kūdikių mitybos sutrikimus. Dietinio maisto prieš dispepsiją kiekis buvęs didinamas greičiau negu paprastai ir negaunant blogų pasėkų, dėl ko kūdikių svoris geriau priaugdavęs. Užsinuodijimo maistu atvejais reikėdavę švirkšti cebion'o 2 kartu per dieną. Cebion'o švirkštimai gerai veikdavę distrofiškus kūdikius, turėjusius dažnus skilvio bei žarnų katarus (jiems buvę švirkščiama 3—4 dienas į veną, o toliau 8—10 d. į raumenis). Niekada nestebėta nuo cebion'o blogo pašalinio veikimo. (**„Zeitschr. f. Kindheilk".** 1938 m. 59 t., 553 psl.). *J. St.*

× **C-vitamino įtaka prieš laiką gimusiems kūdikiams.**

F. Widenbauer 17 prieš laiką gimusiems kūdikiams, iš kurių 11 svoris ilgesnį laiką nedidėjo, duodavęs E-vitamino, gauto iš kviečių daigų aliejinės ištraukos pavidalu. Jau po keleto dienų pastebėtas svorio priaugimas, kas, reikia manyti, pareiną nuo E-vitamino, nes kontrolinių kūdikių, gavusių vieno tik aliejaus, svoris nė kiek nepriaugęs. Jokio pašalinio veikimo nepastebėta. („Zeitschr. f. Kinderheilk". 60 t., 3 sąs.). *J. St.*

× **Nėštuminio apsinuodijimo gydymas.**

Gimdyminė eklampsija gydoma: luminaliu, thyroxin'u ir raminamaisiais vaistais.

Nėštuminis vėmulys gydomas: insulinu—vynuoginiu cukrumi, lutren'u — NNR-hormonu ir kt.

Neuritai ir parastezijos (ištinką nėštumo gale) ir neuritai, atsirandą nėštumo metu, kaip apsinuodijimo požymis, pranykstą, įdavus betaxin'o 20—30 mg per 8—10 dienų. (Anseimino: „Ztschr. f. ärztl. Fortbd." 1938 m. 8 nr., 217 psl.). *J. St.*

× **Leukopenijos, įvykstančios bešvitinant rentgeno spinduliais, perspėjimas.**

Patirta, kad leukocitų kiekio sumažėjimas galima perspėti, jei prieš švitinant rentgeno spinduliais būsią įšvirkšta į raumenis cebion'o. Cebion taip pat gerai veikiąs tebesančią leukopeniją, sukeltą ilgai trunkančių rentgeno spindulių švitinimų (C. Carrié: „Klin. Woch." 1938 m., **5 nr., 163 psl.**). *J. St.*

× **C-vitamino (cebion'o pastos) vartojimas kasdieninėje praktikoje.**

Cebion'o pasta vartotina vietoje gydyti C-vitaminais dantų smegenų ir burnos vidaus susirgimams, taip pat paradentozei (papildomai su kitu šitos ligos gydymu). E. Leopold cebioninę pastą taikęs : 1) 11 dantų smegenų uždegimų nėščiai, ūminiam dantų smegenų uždegimui, ulceroziniam stomatitui, 1 ir 2 laipsnio parandentozei, taip pat sunkiam burnos vidaus uždegimui gydyti; 2) 25 atsitikimams (13 moterų ir 12 vyrų) su lengvais dantų smegenų uždegimais ir būdingais hipovitaminozės reiškiniais. Visais šitais atsitikimais gautas visiškas pagijimas („Zahnärztl. Rundschau", 1939 m. 1 nr., 33 psl.). *J. St.*

× **Gonorėjos gydymas dagenan'u.**

Dagenan'as yra naujas sulfamidinis preparatas (para-amino-benzeno-sulfamido-pirydyn). M. Wowkonowicz ir J. Burawski dageganu sėkmingai gydę 22 tiek ūminės, tiek ir lėtinės gonorėjos atsitikimus, duodami šitą preparatą vien tik per os ir netaikydami jokio vietinio gydymo: gonokokai pranykdavę uretros išskyrose dauguma atsitikimų jau antrą dieną, o pūliavimas — 3-4 dieną. 17 ligonių, be to, dar buvęs taikomas vietinis gydymas (Janet'o plovimais). Pasak autorių, dagenanas labai gerai veikiąs gonorėjos kliniškus reiškinius ir greitai naikinąs gonokokus išskyrose tiek chroniškais, tiek ir ūminiais atvejais. Dagenanas nesukeliąs jokių pašalinių reiškinių. („Przegl. Dermat." 1938 m. 4 nr.). *J. St.*

× **Gonokokinių susirgimų gydymas dmelcos skiepų sukeltu karščiu.**

Brunati gonokokinių susirgimų atvejais karščiui sukelti pavartojęs dmelcos skiepus, kurie davę labai greitus ir visada tikrus rezultatus. Šitie skiepai buvę pavartoti uretros chroniškos gonorėjos, sąnario gonorėjinių susirgimų ir pautelių gonorėjinių komplikacijų atvejais ir dažnai buvę gauta puikių išdavų. („Maroc. Méd." 1937 m., 361 psl.). *J. St.*

× **Odos dėmėtosios atrofijos gydymas bismutu.**

A. Sezary dviem ligoniams (45 mt. vyrui ir 14 mt. mergaitei), seniai sirgusiems odos dėmėtąja atrofija, nė kiek nepasidavusia gydymui arseno (sulfarsenol, stovarsol) preparatais, pritaikęs gydymą bismuto švirkštimais, gavęs žymų pagerėjimą. Autoriaus nuomone, bismutas veikiąs bendrinę medžiagų apykaitą, tartum suprastindamas organizmo biologiškas savybes. Vargu ar galima tikėtis pagerėjimo visais odos atrofinių susirgimų atvejais. („Bull. de Dermat. et d Syphiligr." 1937 m.). *J. St.*

Medicinišk ųjų organizacijų veikla.

Biržų apskrities Gydytojų Draugijos susirinkimo, buvusio 1940 m. VI. 1 d. Biržuose, aprašymas.

Š. m. birželio mėn. 1 dieną įvyko Biržų apskrities gydytojų draugijos metinis susirinkimas. Iš 18 draugijos narių atvyko 15. Išklausius valdybos ir revizijos komisijos pranešimus, buvo apsvarstyti bendri draugijos reikalai ir išrinkta valdyba.

Tą pačią dieną jau ketverių metų papročiu buvo pakviesti gydytojai į Biržų apskrities ligoninę ir supažindinti su naujaisiais ligoninės laimėjimais.

Įsigyta naujų įrankių, iš jų paminėtini: diaterminis prietaisas, Ombredanne'o kaukė bendrinei narkozei, elektrinė centrifūga.

Aplankyti Biržų apskr. ligoninėje gulį ligoniai, tarp kurių paminėtini baigią sveikti po šių operacijų: po graviditas extrauterina, po cista ovarii išpjovimo, po skrandžio žaizdos užsiuvimo del ulcus perforativum ventriculi, po šonkaulio rezekcijos vaikui 2 mt. amžiaus del empyema pleurae.

Ligoninės vedėjas gyd. J. Mikelėnas papasakojo apie besiplečiantį senose, visai nebepakenčiamose ligoninės būstinėse darbą.

Praeitais 1939 metais padaryta 443 operecijos, o per šių metų 5 mėnesius padaryta 270 operacijų.

Praeitais metais padaryta 20 herniotomijų, 145 apendektomijos, 4 graviditas extrauterina. Per šių metų 5 mėnesius padaryta 19 herniotomijų, 120 apendektomijų, 1 graviditas extrauterina.

Del šaltos žiemos labai pagausėjo galūnių (pirštų) amputacijos. Vietoje 3, padarytų per 1939 m., š. m. per 5 mėnesius buvo 9.

Perskaityti du pranešimai:

1) Gyd. J. Mikelėno: „Difterijos profilaktika" (Šito pranešimo tekstą žiūr. „Medicinos" 1940 m. 10 num. 808—815 psl.).

2) Gyd. Savičiūno: „Balneoterapija".

Išklausius gyd. J. Mikelėno pranešimą, įvyko šios **diskusijos:**

Gyd. Sklenys praneša, kad matęs labai sunkų anafilaksinio šoko atsitikimą.

Gyd. Švegžda praneša apie darytus jo skiepijimus Papilio pradžios mokykloje, kurioje buvo profilaktiškai įskiepyti 94 mokiniai „Difteritische Impfstof Al. F. T. Behring". Įšvirkštus trečdaliui mokinių pakilo temperatūra kitą dieną iki 37,5°, bet be jokių subjektyvių nusiskundimų. Anksčiau buvusi mokykloje difterijos epidemija, pasitaikydavę 2—4 susirgimai per savaitę; o įskiepijus susirgimų daugiau nebepasitaikė visoje toje apylinkėje. Ir apskritai, per pusę metų vaikai atrodė sveikesni ir mažiau sirgo slogomis bei įvairiais gripiniais susirgimais.

Gyd. J. Mikelėnas.

Įstatymai, taisyklės ir įsakai.

I.

LIETUVOS TSR AUKŠČIAUSIOSIOS TARYBOS PREZIDIUMO ĮSAKAS

dėl privatinių kino teatrų, stambių viešbučių, ligoninių, poliklinikų, vaistinių ir vaistų sandėlių ir cheminės - farmacinės pramonės įmonių nacionalizavimo.

Pasiremdamas Lietuvos TSR Konstitucijos (Pagrindinio Įstatymo) 6-ju stra ipsniu, Lietuvos TSR Aukščiausiosios Tarybos Prezidiumas nutaria:

I

Nacionalizuoti:

a) visus privatinius kino teatrus, filmų nuomavimo kontoras su visu jų priklausomu turtu, o taip pat kilnojamus kino aparatus,

b) visus viešbučius, turinčius 10 ir daugiau kambarių, esančius Vilniaus, Kauno, Panevėžio ir Šiaulių miestuose, o taip pat visuose apskričių miestuose,

c) privatines ligonines, poliklinikas, vaistines (pagal Liaudies Komisarų Tarybos patiektą sąrašą) ir vaistų sandėlius, o taip pat cheminės - farmacinės pramonės įmones.

II

Pavesti Liaudies Komisarų Tarybai nustatyti šio įsako 1-jo str. punktams „a" ir „b" atitinkamų įmonių ir įstaigų sąrašus.

Lietuvos TSR Aukščiausiosios Tarybos Prezidiumo Pirm.
J. PALECKIS.

Lietuvos TSR Aukščiausiosios Tarybos Prezidiumo Sekr.
S. PUPEIKIS.

Kauno, 1940 m. spalio 28 d.

II.

LIETUVOS TSR LIAUDIES KOMISARŲ TARYBOS NUTARIMAS NR. 263

dėl privačių vaistinių, vaistų sandėlių ir cheminės - farmacinės pramonės nacionalizavimo.

Vykdydama Lietuvos TSR Laikinosios Aukščiausiosios Tarybos Prezidijumo 1940 m. spalio 28 d. Įsaką dėl privačių vaistinių, vaistų sandėlių ir cheminės - farmacinės pramonės įmonių nacionalizavimo,

LIETUVOS TSR LIAUDIES KOMISARŲ TARYBA NUTARIA:

1. Nacionalizuoti visas privačias vaistines, visus vaistų, tvarstomosios medžiagos, odontologijos, medicinos reikmenų privačius sandėlius bei įmones ir chemijos - farmacijos laboratorijas su visais išvardytųjų įstaigų bei įmonių aktyvais pagal priedėlius N. N. 1, 2 ir 3.

2. Palikti nacionalizuojamas įstaigas bei įmones jų užimamose patalpose, ligi Sveikatos apsaugos liaudies komisaro bus išleistas atskiras šiuo reikalu įsakymas.

3. Nustatyti, kad nacionalizuota įstaiga ar įmonė tvarkingai moka pagal buvusios įstaigos ar įmonės pasižadėjimus: valstybei, savivaldybėms, bankams, kooperatyvams ir kitoms nacionalizuotoms įmonėms, o darbininkams ir tarnautojams — atlyginimą už darbą, santaupas ir duotus įstaigai ar įmonei užstatus; kiti šių įstaigų ar įmonių pasižadėjimai nukreipiami į buv. savininko nenacionalizuotą turtą.

4. Pavesti Sveikatos apsaugos liaudies komisarui, susitarus su Valstybės Kontrolės liaudies komisaru, nustatyti nacionalizacijos tvarką ir leisti atitinkamas instrukcijas.

5. Pavesti Sveikatos apsaugos liaudies komisarui nacionalizavimą atlikti per 3 dienas.

Lietuvos TSR Liaudies komisarų tarybos pirmininkas *M. Gedvilas.*

Lietuvos TSR Liaudies komisarų tarybos reikalų valdytojas *A. Bauža.*

Kaunas, 1940 m. spalio 28 d.

III.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 42.

(1940 m. spalių mėn. 12 d.)

Skelbiu TSRS Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaro š. m. IX.28. įsakymą Nr. 477:

§ 1

„Įvesti Lietuvos TSR, Latvijos TSR, Estijos TSR, Moldavijos TSR ir priskirtų prie UTSR ir Š. Bukovinos, bei Besarabijos rajonų visose Sveikatos Apsaugos įstaigose:

a) Ataskaitų ir apyskaitų formas, nustatytas Sveikatos Apsaugos Komisariato sistemos įstaigoms,

b) Suvienodintą Sveikatos Apsaugos įstaigų ir tarnybų jose nomenklatūrą, nustatytą Sveikatos Apsaugos Komisaro š. m. V.28. įsakymu Nr. 273.

§ 2

Aukščiau nurodytų respublikų Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisarai turi:

1) Ligi 1941 m. sausio mėn. 1 d. įvesti visose medicinos įstaigose suvienodintą nomenklatūrą ir ataskaitų bei apyskaitų formas, nustatytąsias Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato sistemai;

2) Pristatyti ligi š. m. lapkričio mėn. 1 d. TSRS Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatui sąrašą pagal form. 90 RIK, visų medicininių įstaigų, veikusių aukščiau nurodytose teritorijose, ir jų į TSRS sudėtį prijungimo data ir

3) Patikrinti pristatymą ligi š. m. lapkričio mėn. 1 d. TSRS Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatui: a) Apyskaitos apie plėtrą aštriai - apkrečiamųjų ligų (for. Nr. 85), b) apyskaitos tinklo išplėtimą (for. 91)".

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LIAUDIES KOMISARAS

IV.

LIETUVOS TSR SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARIATO NUOSTATAI.

Lietuvos TSR Liaudies Komisarų taryba patvirtino Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato nuostatus, pagal kuriuos Lietuvos TSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatas LTSR Konstitucijos 48 ir 49 str. yra Sąjunginis - Respublikinis Liaudies Komisariatas ir vadovauja visiems sveikatos apsaugos reikalams Lietuvos TSR teritorijoje. Šitas Komisariatas vadovauja jam pavestai valstybės valdymo šakai, tvarko ir tikrina apskričių ir miestų darbo žmonių atstovų vykdomųjų komitetų sveikatos apsaugos skyrių darbą, betarpiškai valdo gydymo ir sanitarijos įstaigas, mokymo ir mokslo - tyrimo institutus ir įmones, priklausančias Komisariatui.

Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatas vykdo šiuos uždavinius:

Organizuoja visiems darbo žmonėms prieinamą ir nemokamą gydymo pagalbą, tiesiogiai vadovauja Respublikos gydymo įstaigoms; per vietos sveikatos skyrius rūpinasi pagerinti gydymo pagalbą ligoninėse, tinkamai organizuojant medicinos darbuotojų darbą, taikant naujausias gydymo metodes, dietinį maitinimąsi ir tinkamai organizuojant ligoninių ūkį; rūpinasi pagerinti ir išplėsti gydymo pagalbą poliklinikose, ambulatorijose, dispanseriuose ir namuose; rūpinasi sustiprinti kaimo sveikatos punktų veiklą ir t. t. Per vietos sveikatos apsaugos skyrius vykdo epideminių ligų likvidaciją bei jų profilaktiką, organizuoja masinius profilaktinius skiepijimus, dezinfekcijas; vadovauja valstybinei sanitarinei inspekcijai ir per vietos sveikatos apsaugos skyrius prižiūri bendrą valstybinių ir privačių įstaigų, įmonių ar apgyventų jų vietų bendrų sanitarinių normų bei taisyklių laikymąsi bei vykdymą. Taip pat kontroliuoja ir specialias sanitarijos šakas. Tiesiogiai vykdo maisto sanitarinę priežiūrą produktų gamybos, prekybos įmonių ir kt. maisto produktų įstaigų svarbesniuose pramonės punktuose. Specialiai kontroliuoja stambesnių miestų sanitarinį sutvarkymą ir padėtį. Organizuoja gimdymo pagalbą, vadovauja per vietos sveikatos apsaugos skyrius gimdymo namams, moterims teikiamam konsultacijos darbui ir pan. Organizuoja gydomąją profilaktinę pagalbą vaikams. Tiesiogiai vykdo Respublikai priklausančių vaikų sanatorijų priežiūrą; per vietos sveikatos punktus vadovauja vaikų ligoninėms, sanatorijoms, lopšeliams, kūdikių namams ir pan. Vadovauja vietos reikšmės kurortams ir sanatorijoms, vadovauja Respublikos vaistinių reikalams, medicinos kadrų paruošimui ir patobulinimui, tvarko mokslo - tyrimo darbus, nustato darbo organizacijos metodes gyventojų mediciniško aprūpinimo kokybei pakelti, vadovauja Respublikai priklausančių medicininių - sanitarinių įstaigų statybai, vadovauja tarp gyventojų sanitarinių žinių skleidimui, organizuoja medicininės literatūros leidimą, kontroliuoja visų LTSR žinybų ir organizacijų medicinos ir sanitarijos įstaigų darbą ir pan. LTSR sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatas savo uždavinius vykdo taip: vadovauja ligoninių, poliklinikų, ambulatorijų, gimdymo namų ir kitų vietinės reikšmės medicinos įstaigų darbui, taip pat sanitarinės priežiūros darbui per vietos sveikatos apsaugos darbo žmonių tarybų skyrius, kurie atsako už vietinės reikšmės medicinos įstaigų stovį ir už sanitarinę miestų ir kitų apgyventų vietovių priežiūrą.

Komisariato sudėtyje steigiama gydymo įstaigų vadyba, motinos ir vaiko pagalbos vadyba, kovai su apkrečiamomis ligomis vadyba ir visa eilė skyrių bei inspekcijų.

LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariate sudaroma Kolegija, kuriai pirmininkauja Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras. Kolegija pirmiausia svarsto praktiško vadovavimo, vykdymo patikrinimo, kadrų parinkimo klausimus, vietos organų vadovų apyskaitas, esminius įsakymus ir instrukcijas.

Ryšiams palaikyti ir patyrimu pasikeisti su vietos darbuotojais prie Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato sudaroma LTSR Sveikatos Apsaugos Taryba, kuri aptaria svarbesniuosius sveikatos apsaugos klausimus.

Komisariate yra Vykdymo kontrolės skyrius, kurio uždavinys yra tikrinti LTSR vyriausybės įsakymų ir direktyvinių nurodymų, Komisariato įsakymų ir vadovaujančių organizacijų (Kompartijos C. K.) ir TSRS Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaro įsakymų ir direktyvinių nurodymų vykdymą.

LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras vadovaujamų ir žemesniųjų sveikatos apsaugos darbuotojų patyrimui panaudoti, taip pat kritikai ir savikritikai plėsti periodiškai šaukia Liaudies Komisariato aktyvą. Taip pat Liaudies Komisariato vadybose ir skyriuose gydymo, sanitarijos ir mokslo įstaigose, ūkio organizacijose ir įmonėse vadovai šaukia aktyvus, kur išklausomi ir aptariami pranešimai apie svarbesniuosius partijos, vyriausybės ir Komisariato vadovaujamųjų organų nutarimus.

V.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARIATO 1941 M. DARBŲ PLANAS.

Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatas, paėmęs pagrindan nemokamo gydymo įvedimą, sudarė 1941 m. darbų planą. Plane numatoma, kad ligi šių metų pabaigos gydymo įstaigose turės būti 9.099 lovos. Ateinančiais metais numatyta įsteigti 106 naujos stacionarinio gydymo įstaigos su 2.917 lovų. Į tą skaičių įeis: 15 bendro pobūdžio ligoninių su 1.630 lovų, 3 tuberkuliozės ligoninės bei sanatorijos su 350 lovų (iš jų specialiai vaikams 200 lovų), 85 gimdymo namai su 557 lovomis, 1 globos kolonija su 300 lovų ir kt. Tuo būdu ateinančiais metais, įvykdę numatytą planą, turėsime 176 stacionarinio gydymo įstaigas su 12.116 lovų.

Tat bus padaryta, didinant lovų skaičių esamose ligoninėse, pritaikant namus gydymo įstaigoms ir pastatant naujų ligoninių. Normaliai mūsų kraštui, norint aprūpinti stacionarinio gydymo reikalingus ligonius, reikia bendrinėse ligoninėse apie 15.000 lovų ir specialinėse — apie 2.000 lovų.

Ambulatorinei pagalbai teikti ligi šių metų pabaigos numatoma turėti 357 gydymo įstaigos (sveikatos punktai su konsultacijomis, poliklinikos, specialiniai motinos ir vaiko konsultacijos punktai, tuberkuliozės dispanseriai, veneros ligų dispanseriai ir t. t.). Ateinančiais metais tų gydymo įstaigų skaičius numatoma padidinti ligi 479, įsteigiant 122 naujas ambulatorinio gydymo įstaigas. Į tą skaičių įeis 6 naujos poliklinikos, 12 sveikatos punktų (ligi šių metų pabaigos jau turėsime 258 sveikatos punktus), 72 specialūs motinos ir vaiko konsultacijos punktai, keturi tuberkuliozės dispanseriai, 7 veneros ligų dispanseriai ir 21 trachomos dispanseris bei ambulatorijos. Ateinančiais metais numatyta įsteigti 16 greitosios pagalbos punktų. Iš jų vienas bus greitosios pagalbos lėktuvais punktas. Ligi šių metų pabaigos turėsime 30 sanitarinės profilaktikos įstaigų (V. higienos institutai, Pasteur'o stotys, higienos muziejus, epideminiai būriai, dezinfekcijos punktai, laikini epideminių ligų barakai, sanitarinio švietimo namai). Ateinančiais metais numatoma įstegti dar 47 tokios įstaigos. Šįmet dieniniuose vaikų lopšeliuose turėsime 60 lovų, o 1941 m. dar numatoma įsteigti nemaža tokių lopšelių su 960 lovų. Sezoninių lopšelių dabar visai neturime. 1941 m. juose turės būti 600 lovų. Be to, ateinančiais metais numatoma įsteigti pieno virtuvėlių vaikams, motinų poilsio namų, motinos ir vaiko globos reikalams mokslo institutas, vaikų namų ir kt. Be to, ateinančiais metais numatyta įsteigti defektyviams vaikams gydyti ir tirti dveji namai, kalbos defektams taisyti dvi įstaigos, skeleto deformacijoms taisyti įstaigų ir t. t. Svarbesniuose kuror-

tuose bei sanatorijose numatyta 330 naujų lovų. Bus organizuojami kursai akušerėms, gailestingosioms seserims, slaugytojoms paruošti, o tap pat bus kursai tbc dispanserių vedėjams, trachomos dispanserių vedėjams, sveikatos punktų gydytojams pasitobulinti kursai ir kt.

Šiais metais Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatas įsteigė septynius apskričių tuberkuliozės dispanserius (Ukmergėje, Kėdainiuose, Mažeikiuose, Vilkaviškyje, Telšiuose, Kretingoje, Biržuose ir Kaune). Tuo būdu dabar kovai su džiova yra 22 dispanseriai, iš kurių 8 — Komisariato ir 14 — savivaldybių žinioje.

1941 m. dispanserių numatyta įsteigti visose apskrityse (kur dar jų nėra). Prie dispanserių galės būti įrengti maži (5—10 lovų) stacionarai. Visi tie dispanseriai, kaip numatoma, bus apskričių sveikatos skyrių žinioje. Didieji miestų dispanseriai priklausys tiesiogiai Sv. Aps. Liaudies Komisariatui. Visų dispanserių mediciniška priežiūra bus Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato žinioje. Dispanserių įsteigimui apskričių savivaldybės jau dabar turėtų numatyti reikalingų būstinių.

Reikia dviejų važinėjančių dispanserių, kurie galėtų, reikalui esant, išvykti į daugiau džiova apkrėstas Respublikos vietas. Be to, apskričiuose numatoma įrengti po kelius džiovos punktus. Jie turi surinkti džiova sergančius ir nusiųsti į dispanserius.

Dabar turime 14 sanatorijų (kartu su skyriais prie ligoninių), kuriose yra daugiau kaip 1.500 lovų. Iš jų kaulų džiovai gydyti tenka 200 lovų ir vaikams, sergantiems plaučių ir kaulų džiova, gydyti apie 100 lovų. Siekiant įgyvendinti nemokamą džiovininkų gydymą, toksai džiovos gydymo įstaigose stacionarinių lovų skaičius nepakankamas. Todėl jau 1941 m. tose gydymo įstaigose lovų skaičius numatoma padidinti, įrengiant dvi kūdikių ir vaikų sanatorijas (plaučių ir kaulų džiovai gydyti), pradėti dviejų sanatorijų suaugusiems statybą Varėnoje ir Andrioniškyje. Tuo būdu per dvejus metus džiovai gydyti lovų skaičius padidėtų 700—1000.

Be to, yra skubus reikalas ko greičinausiai įrengti invalidų namai arba prieglauda nepagydomiems ir chroniškiems džiovininkams su apie 150 lovų. Iš viso Lietuvos TSR reikia džiovininkams gydyti įstaigų su apie 3.000 lovų.

1941 m. numatytas sustiprinti profilaktikinis darbas kovai su džiova. Tam tikslui turės būti įrengta naktinių sanatorijų darbininkų apgyventuose rajonuose Kaune ir Vilniuje, oro mokyklų vaikams, tuberkuliozininkų tėvų vaikams preventoriumas (prieglauda) ir kt.

Kronika.

NEKROLOGAI.

1) Prof. dr. med. Henrich Klien, Leipcigo un-to psichiatras - neurologas, 66 mt. amžiaus. — 2) Prof. dr. med. vet. h. c., dr. rer. nat. h. c., dr. econ. h. c. Robert von Ostertag, 77 mt. amžiaus, pasižymėjęs parašyta su Lubarsch'u knyga „Ergebnisse der allg. Pathologie und pathologischen Anatomie der Menschen und Tiere“. — 3) Prof. dr. med. Hermann Königer, klinikinės propedeutikos ir medicinos istorijos profesorius Erlangeno un-te. — 4) Prof. dr. med. et med. dent. h. c. Hermann Pockert, Tübingeno un-to dentiatras. — 5) Vienoje — prof. Julius R. Wagner V. Jauregg, 84 mt. amžiaus, žymus gydytojas ir mokslininkas.

× Lietuvoje d-ras Linas Janulionis, buvęs Karo ligoninės viršininkas, mirė inkstų liga, susilaukęs 53 metus.

SUKAKTUVĖS.

1) Prof. dr. E. Martin, žymus chirurgas Kelne, susilaukė 75 mt. amžiaus. — 2) Prof. dr. med. Carl Franz, žymus chirurgas, Berlyne —

Šarlotenburge, susilaukė 70 mt. amžiaus; jis yra parašęs gerą knygą „Kriegschirurgie". — 3) Prof. dr. Max Henkel, Jenos un-to ginekologas, susilaukė 70 mt. amžiaus. — 4) Prof. dr. med. dent. Wilhelm Pfaff, Leipcigo un-to dentiatras, susilaukė 70 mt. amžiaus. — 5) Prof. August Pröbsting, Kelno un-to oftalmologas, susilaukė 80 mt. amžiaus. — 6) Prof. dr. Robert Gaupp, Tiubingeno un-to psichiatras ir neurologas, susilaukė 70 mt. amžiaus. — 7) Prof. dr. Jérôme Lange, žymus vidaus ligų žinovas, atšventė 50 mt. doktorizavimosi sukaktuves. — 8) Dr. Georg Schröder, didelis kovotojas su džiova, susilaukė 70 mt. amžiaus.

MEDICINOS AUKŠTASIS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo dijplomą** yra gavę šie asmenys: Rapolas Algirdas Pocius - Pocevičius ir Valentina Rešeliovskaitė.

× **Dantų gydytojo diplomą** yra gavusi Elena Červidaitė.

× **Kauno Univ-to Medicinos fakulteto asistentų reikalais.** Asistentais išrinkti šie asmenys:

1) Akių klinikos neetatiniu asistentu — gyd. Samuelis Reches.

2) Anatomijos katedros jaun. asistentu 3 metams išrinktas gyd. Henrikas Brazaitis.

3) Bakteriologijos katedros jaun. asistentu 3 metams — gyd. Domas Steponaitis.

4) Farmacijos katedros vyr. asistentu 3 metams — Elena Purtokienė.

5) Fiziologijos katedros jaun. asistentu 3 metams — gyd. Juozas Kuprys.

6) Higienos katedros vyr. laborantu 3 metams — chem. vaist. Adomas Sketerys.

7) Histologijos katedros jaun. asistentu 3 metams — gyd. Kostas Labanauskas.

8) Patologijos katedros jaun. asistentu 3 metams — med. d-ras Antanas Starkus.

9) Vaikų klinikos jaun. asistentu 3 metams — gyd. Kazys Vileišis.

× **Valst. ekzaminai eksternais leista laikyti:**

1) Juliui Kvitner'iui — odontologijos valst. ekzam.

2) Elijai Levinui — medicinos valst. ekzam., jei prystatys liudijimą apie išlaikytą chemijos ekzaminą.

× Odontologijos jaun. asistentui gyd. V. Damijonaičiui leista užsiimti privačia praktika.

× **Galeno preparatų gaminimo kursas.**

Doc. Šiauliui pavesta tartis su chem.-vaistininku Norkum, sudarant su juom sutartį ir pavedant skaityti farmakologijos skyriuje Galeno preparatų gaminimo kursą.

× **Anatomijos katedros reikalais.**

Prof. J. Žilinskas paskirtas Vilniaus Univ-to Gamtos - matematikos fakulteto (Medicinos fakulteto pirmajam kursui) anatomijos katedros vedėju.

Prof. J. Žilinskui pavesta ir toliau skaityti Kauno Univ-to Medicinos fakultete topografinės anatomijos kursas; o sistematinė anatomija pavesta dėstyti vyr. asistentui R. Masalskiui.

SVEIKATOS APSAUGOOS LIAUDIES KOMISARIATO TARNAUTOJŲ, DĖL ETATŲ PAKEITIMO, NAUJI PASKYRIMAI:

Vyriausiosios sanitarinės inspekcijos: vyr. inspektoriumi — d-ras Lazaris Epšteinas; vyr. inspektoriaus padėjėju — d-ras Matas Mickus; inspektorium — Leonardas Maziliauskas.

Gydomųjų įstaigų vadybos: viršininku — d-ras Vl. Kviklys; Miestų ligoninių ir ambulatorijų skyriaus viršininku — d-ras Jul. Abraitis;

Kaimo ligonių ir sveikatos punktų skyriaus viršininku — d-ras Maksas Robinzonas; gimdymo pagalbos skyriaus viršininku — d-ras Jonas Lipčius; Kurortų, sanatorijų ir poilsio namų skyriaus viršininku — d-ras Balys Matulionis; inspektoriais — Kęstutis Šimkus, Irena - Viktorija Mažeikienė ir Marijonas Poznanskis.

Motinos ir vaiko pagalbos vadybos:

viršininku — d-ras Aldona Birutienė; viršininko padėjėju — d-ras Metafija Šeinbergas; inspektorium — Kristina Grinienė.

Kovai su apkrečiamomis ligomis vadybos:

skyriaus viršininkais — d-ras Juozas Marcinkus ir d-ras Olga Devenytė.

Sanitarinės propagandos skyriaus:

redaktorium — d-ras Alvina - Olga Šabanienė, gydytoju — d-ras Aleksas Reinys.

Mokslo ir kadrų skyriaus:

viršininku — Romanas Andruškevičius; medicinos mokyklų inspektorium — Eduardas Konopka; inspektorium — Judita Chavesaitė; sekretorium — Juozas Janulionis.

Komisariato juriskonsultu paskirtas Giršas Gauronskis.

Vadovybės atsakinguoju sekretorium paskirtas Juozas Goberis.

Administracijos ir ūkio skyriaus viršininku paskirtas Povilas Gečiauskas.

Planų ir sanitarinės statistikos skyriaus viršininku — Beras Joffe.

Farmacijos inspekcijos:

vyr. inspektorium — Alfonsas Karosas; inspektorium — Jul. Žemaitis.

× **Kauno apygardos Valstybinių tarnautojų sveikatai tikrinti komisijos** sudėtis:

pirmininkas — gyd. Vl. Pampikas, ir nariai — gyd. Ant. Petraitis ir gyd. Moze Bermanas.

× **Panevėžio apygardos Valstybinių tarnautojų sveikatai tvirtinti komisijos** sudėtis:

pirmininkas — d-ras Jankelis Levinas, ir nariai — gyd. Ant. Didžiulis ir Mykolas Marcinkevičius.

× **Komisariato atstovu į Tarpvadybinę Komisiją, skiriančią asmenines pensijas ir pašalpas ypatingai nusipelnusiems tėvynei asmenims ir akademines pansijas,** paskirtas d-ras Lazaris Epšteinas.

× **Vyriausiosios Sanitarinės Inspekcijos vyr. inspektoriaus padėjėjas** d-ras Matas Mickus, prašymu, atleistas iš tarnybos.

Kauno Centr. Dispanserio ir Rentgeno kabineto paskyrimai: vedėju — d-ras M. L. Koganas, vedėjo pavaduotoju ir dispanserio stacionaru vedėju — d-ras L. Sipavičius, dispanserio pediatru — gyd. Vyt. Kasperavičius, ftiziatrais — d-ras G. Kolodnas, d-ras Jadvyga Žakovičaitė, d-ras Julija Monstavičienė ir d-ras Dovydas Nakanas, laboratorijos vedėju — Brainė Vidučinskaitė, laborantu — Marija Aleksandravičienė ir ūkio vedėju — Jonas Krikščionaitis.

× **Higienos Muziejaus vedėju** vedėju paskirta — gyd. Natalija Vienožinskienė.

× **Valstybinės Kauno ligoninės direktoriumi** paskirtas gyd. Gudas-Gudavičius.

× **Kauno miesto gydytoju** paskirtas gyd. Vl. Pampikas, buvęs V. Kauno ligoninės direktorium.

× **I. Šaulių apskr. gydytojo** pareigos pavesta laikinai eiti Šiaulių m. gyd. Vl. Ibianskiui.

× **II. Šiaulių apskr. gydytoju** paskirtas gyd. Iz. Bartkus.

MEDICINOS GYDYTOJŲ REIKALAIS

× **Leidimai verstis gydytojo praktika.**

Liaudies Komisarų Tarybos nutarimu Sveikatos aps. Liaudies Komisariatui, susitarus su Švietimo Liaudies Komisariatu, pavesta išdavinėti LTSR piliečiams, baigusiems medicinos, odontologijos ir farmacijos mokslus užsieniuose, ir svetimšaliams, gyvenantiems LTS Respublikoje atbėgėlių teisėmis, leidimus verstis praktika, sprendžiant šitą klausimą individualiai.

× **Med. Darbuotojų Profsąjungą praneša,** kad darbo gavimo reikalu reikia kreiptis išimtinai į Darbo Biržą. Profsąjunga darbo aprūpinimu neužsiima ir todėl prašo šitokiais reikalais į ją nesikreipti.

Visos medicinos įstaigos arba įmonės irgi prašomos samdinių reikalu kreiptis į Darbo Biržą.

× **Prasidėjo karo lauko chirurgijos savaitė.**

Spalio 24 d. Maskvoje prasidėjo karo lauko chirurgijos savaitė. Ji buvo atidaryta Raudonosios Armijos centriniuose namuose, vadinamuose Frunzės vardu. Ten susirinko Maskvos įgulos gydytojai ir civiliai medicinos darbuotojai. Pirmame susirinkime įdomų pranešimą apie nūdieninius chirurginio darbo principus kariuomenėje padarė akademikas N. N. Burdenko. Susirinkimo dalyviai pasiuntė sveikinimus draugui Stalinui ir TSRS krašto apsaugos liaudies komisarui maršalui Timošenko. E.

× **Į TSRS mediciniškas įstaigas baigiama siųsti 14.475 gydytojus,** kurie šiais metais baigė savo studijas aukštosiose medicinos mokyklose. Dabar Tarybų Sąjungoje yra daugiau kaip 116.000 gydytojų. Kaimuose priskaitoma daugiau kaip 13.200 medicinos punktų ir 30.000 felčerių, bei akušerių.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Susirgimai maru Indijoje.**

Indų laikraščio „Sivil end Militeri Gazet" žiniomis, Bombejaus provincijoje nuo rugsėjo 15 dienos iki spalių 5 dienos registruoti 996 susirgimai maru. Iš tų susirgusiųjų 371 žmogus mirė. Maro epidemija plinta. E.

× **Maras Mandžuke.**

Japonų laikraščiai spalių 26 d. paskelbė šio turinio Domei Cusin agentūros pranešimą: „Spalio m. 25 d. sveikatos apsaugos ministeris sušaukė specialią gydytojų ekspertų konferenciją apsvarstyti toms priemonėms, kurios yra reikalingos, norint sutrukdyti šiaurės Mandžuke kilusio maro išsiplėtimą. Iš Nungano ir Tungajavo maro epidemija peršoko į esančias šiaurės vakaruose nuo Sinczino sritis. Iš oficialių duomenų matyti, kad ligi šiol įregistruota 850 susirgimo atsitikimų. Japonijos sveikatos apsaugos ministeris siunčia į maro epidemijos sritį savo parinktąjį ekspertą. Kadangi kasdien apie 7.000 žmonių keliauja tarp Fuzano ir Simono Sekio, tad turima baimės, kad epidemija gali būti perkelta ir į Japoniją. Tai pirmoji maro epidemija, kilusi po 1923 m. ir palietusi tokį didelį žemės plotą". E.

× **Sanitariniai lėktuvai Kirgizijoje.**

Kirgizijos sanitariniai lėktuvai šiais metais atliko 182 skridimus į tos respublikos aukštuose kalnuose esančias vietoves. Vietoje buvo padaryta 12 komplikuotų chirurgijos operacijų, 8 kartus atlikta kraujo transfuzija, 30 ligonių nuvežta į ligonines. Pirmą kartą sanitariniai lėktuvai buvo nuskridę į sunkiausiai pasiekiamus Kirgizijos punktus — Ketmentiubo sritį, labai kalnuotas pasienio sritis ir kt. E.

× **Dizenterija Jugoslavijoje.**

Jugoslavijoje prasidėjo dizenterijos epidemija, kuri ėmė labai smarkiai plėstis. Ligi spalių 27 dienos keturiose apygardos susirgo apie 4.000 žmonių, iš kurių tarpo 200 žmonių mirė. E.

Darbo žmonių išsilaisvinimo 23-ios metinės šventės proga

(Pradžią žiūr. prieš tekstą).

motinų ir vaikų apsaugos sustiprinimą, į mokyklų mokinių sveikatos priežiūrą, priaugančios kartos užgrūdinimą, nuo infekcinių ligų apsaugojimą, profilaktinių skiepijimų vartojimą, eugenikos taikymą ir t. t.

Seniau kartais tekdavo nugirsti gydytojus šiaip pašiepiant: gydytojų gerovė esanti glaudžiai susijusi su žmonių ligomis — didžiausia žmonijos nelaime; jei žmonės liautųsi sirgę, tai gydytojams tektų badu išmirti... Taip kalbėti šiokio tokio pagrindo vis dėlto būdavo, nes, iš tikrųjų, kai žmonės daugiau sirgdavo, tai gydytojai turėdavo daugiau darbo, žinoma, ir uždarbio. Ateityje, kai visa gydytojų teikiama mediciniškoji pagalba bus nemokama, tai panašios kalbos savaime turės išnykti. Ateityje šitoji pagalba, būdama visiškai nemokama, bus visiems vienodai prieinama.

GERBIAM. MEDICINOS ĖMĖJAI

maloniai prašomi ko greičiausiai, bet ne vėliau kaip ligi šių metų gruodžio mėn. 1 d., sumokėti „Medicinos“ 1940 metų prenumeratpinigius.

„Medicinos“ ėmėjams, kurie nebus sumokėję ligi šito galutinio termino **„Medicinos“** 1940 metų prenumeratpinigių, bus išsiuntinėti išperkamosios siuntos pašto perlaidomis, kvitai, kurie teks išsipirkti savo pašte.

„Medicinos“ ėmėjai, likę skolingi už ankstyvesnių metų „Mediciną“, taip pat prašomi kiek galima greičiau sumokėti savo skolas.

Redakcinės Komisijos nutarimu, iš nenorinčių atsiteisti skolininkų skolos bus išreikalautos teismo keliu.

Visiems **„Medicinos“** skolininkams šiame **„Medicinos“** 10 num. yra įdėti **lapeliai su smulkiu jų skolų išrodymu.**

„Medicinos“ Redakcija-Adm-ja.

SOMMAIRE

Mediciniškasis sąmojis.

Kai gydytojui prisipažįsta mylįs.

— Ką pasakė moteris - gydytoja, kai tu prisipažinai ją mylįs?

— Nė žodžio. Patrūkčiojo pečiais, pačiupinėjo pulsą ir prirašė receptą.

Jaudinantieji patarimai.

— Butinai turi vengti viso, kas tamstą jaudina: nevartok alkoholio, nerūkyk, nelošk kortomis.

— Bet, daktare, argi tamsta manai, kad šitie tamstos nurodymai manęs nejaudina?

Šykštuolis.

— Kas čia operuojamas?

— Vyras, kuris prarijo golfo sviedinį.

— O kas yra tas pilietis, kuris taip nekantraudamas laukia prieškambaryje?

— Škotas, kuriam priklauso sviedinys!

Operacija bargan.

Pas gydytoją atėjo pacientas — žmogus, žinomas mieste, kaip blogas mokėtojas. Gydytojas apžiūrėjo pacientą ir nustatė, kad yra reikalinga jam padaryti apendektomija.

— Aš sutinku būti operuojamas, — pareiškė pacientas, — tačiau su sąlyga, kad užmokėsiu už operaciją trimis terminais.

— Puikiai, — atsakė gydytojas, gerai pažinojęs paciento nemokėjimo ypatybę. — Aš sutinku operuoti tamstos sąlygomis. Pirmą mokėjimą tamsta padarysi, kai aš prieš operuodamas būsiu nusimazgojęs rankas, antrą, kai aš būsiu prapjovęs tamstos pilvą, o kai tamsta atliksi trečią mokėjimą, aš pašalinsiu tamstos apendiksą.

Vis tiek.

— Šituos vaistus tamsta gerk po pusryčių.

— Bet aš niekados nepusryčiauju.

— Tai nesvarbu. Gerk tamsta vaistus prieš pusryčius.

Įprasta.

— Ką tu, Juozuk, darai? Rodai gatvėje tam žmogui liežuvį!

— Jis mūsų naminis gydytojas.

Ko jai trūksta?

Viena moteris pasidarė nuolatinė vieno gydytojo pacientė. Tat gydytoją ėmė tiesiog pyktinti, ypač kad pacientė vėl ir vėl susirasdavo įsivaizduotų ligų. Kartą ji įsikarščiavusi prispiria gydytoją pasakyti, ko jai tikrai trūksta.

— Tikros ligos, tamsta, — atsako gydytojas.

L. Tolstojus ir gydytojas.

Vieną kartą L. Tolstojus usnkiai sirgo, bet jokio būdu nenorėjo prisileisti gydytojo.

— Kodėl taip nenori gydytojo? — klausė jo namiškiai.

— Aš noriu mirti savo mirtimi, — atsakė L. Tolstojus.

Finansinė medicina.

Polikarpas Trynė nueina pas gydytoją.

— P. daktare, prieš penkerius metus aš prarijau auksinę rusų penkrublinę...

— Tai kodėl tamsta anksčiau neatėjai? — nustemba gydytojas.

— Mat, daktare, tada finansiškai gerai laikiausi. Dabar ir penki rubliai didelis pinigas.

Laukiamajame.

— Pasakyk man, koks linkėjimas yra didžiausia veidmainyste?

— Kai gydytojas per naujus metus ar vardo dieną linki geros sveikatos.



„Varpo" sp. Kaunas, Gedimino g-vė 38.